



**You have downloaded a document from  
RE-BUS  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Nierówności zdrowotne wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich

**Author:** Paweł Grzywna

**Citation style:** Grzywna Paweł. (2019). Nierówności zdrowotne wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

# NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNE WYKLUCZONYCH EKONOMICZNIE MIESZKAŃCÓW SIEMIANOWIC ŚLĄSKICH

Paweł Grzywna



WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu ŚLĄSKIEGO



Nierówności zdrowotne  
wykluczonych ekonomicznie mieszkańców  
Siemianowic Śląskich



Prace Naukowe



Uniwersytetu Śląskiego  
w Katowicach  
nr 3853

# Nierówności zdrowotne wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich

Paweł Grzywna

Redaktor serii: Nauki Polityczne  
MARIUSZ KOLCZYŃSKI

Recenzent  
LESZEK BULIŃSKI

# Spis treści

Wstęp . . . . .	7
Rozdział 1.	
Przestrzeń poindustrialna a wykluczenie społeczno-ekonomiczne . . . . .	11
1.1. Przestrzeń poindustrialna . . . . .	11
1.2. Wykluczenie społeczne i jego wymiar ekonomiczny . . . . .	18
1.3. Nierówności społeczne w sferze zdrowia . . . . .	27
Rozdział 2.	
Charakterystyka społeczno-demograficzna miasta Siemianowice Śląskie . . . . .	35
2.1. Charakterystyka demograficzna miasta Siemianowice Śląskie . . . . .	35
2.2. Restrukturyzacja tradycyjnych gałęzi przemysłu oraz problemy społeczne w mieście Siemianowice Śląskie . . . . .	50
Rozdział 3.	
Metodologia badań własnych . . . . .	69
Rozdział 4.	
Nierówności zdrowotne – analiza badań przeprowadzonych wśród osób wykluczonych ekonomicznie w mieście Siemianowice Śląskie . . . . .	79
4.1. Moduł A: Warunki mieszkaniowe . . . . .	83
4.2. Moduł B: Środowisko zamieszkania . . . . .	88
4.3. Moduł C: Stan zdrowia i samopoczucie . . . . .	96
4.4. Moduł D: Dieta i styl życia . . . . .	109
4.5. Moduł E: System opieki zdrowotnej . . . . .	123
4.6. Moduł F: Działalność podmiotów lokalnej polityki społecznej . . . . .	138
Podsumowanie badań w perspektywie polityki zdrowotnej . . . . .	141
Aneks . . . . .	143
Wykaz cytowanej literatury . . . . .	179
Wykaz tabel, wykresów i rysunków . . . . .	185
Summary . . . . .	189
Резюме . . . . .	191



## Wstęp

Nieodłączną część rozwoju społecznego stanowi dążenie państw do zmniejszania różnic w stanie zdrowia pomiędzy osobami różniącymi się położeniem społecznym. Dobry stan zdrowia społeczeństwa uznawany jest za jeden z podstawowych warunków zrównoważonego rozwoju, jest ponadto miarą wewnętrznej spójności i równowagi danego kraju. Stan zdrowia postrzegany jest również poprzez perspektywę podstawowego prawa i uważany za wartość szczególnie chronioną przez poszczególnych obywateli, rzutuje bowiem m.in. na pełnienie przez nich ról społecznych.

Wciąż jeszcze gorszy od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej stan zdrowia ludności Polski determinuje szczególne zadania, jakie stawia się przed systemem ochrony zdrowia. Jednym z nich jest nadal poprawa tego stanu w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem w Unii Europejskiej. Kolejnym, równie ważnym celem jest nadal zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji. Realizacja zadań związanych z poprawą stanu zdrowia społeczeństwa i niwelowaniem nierówności wymaga jednakże dysponowania wynikami badań.

Zasadniczym celem podjętym w niniejszej pracy stało się nie tylko przedstawienie teoretycznych zagadnień, ale przede wszystkim wyników badań empirycznych służących identyfikacji społeczno-ekonomicznych uwarunkowań i implikacji nierówności zdrowia na przykładzie przestrzeni poindustrialnej. Cel pracy zorientowany został więc z jednej strony na realizację zadań, mających charakter kwestii teoretycznych, z drugiej zaś o cechach empirycznych.

Praca stanowi tym samym przyczynek do pogłębionej analizy nierówności zdrowotnych występujących pośród osób naznaczonych wykluczeniem ekonomicznym i zamieszkujących obszar przestrzeni poindustrialnej, jaki niewątpliwie stanowią Siemianowice Śląskie. Występujące w tym mieście problemy społeczne można uznać bowiem za konglomerat problemów przestrzeni poindustrialnej – na przełomie XX i XXI wieku zlikwidowano w mieście kopalnię oraz hutę, w których zatrudnienie znajdowała większość mieszkańców miasta. Efektem tych decyzji stało się zjawisko niemalże 30% bezrobocia i ujawnienie się kolejnych problemów społecznych, zwłaszcza ubóstwa oraz wykluczenia, także ekonomicznego.

Naukowej eksploracji problematyki nierówności społecznych w przestrzeni poindustrialnej dokonano zarówno na podstawie badań o cechach teoretycznych, jak

również praktycznych, oraz także w oparciu o studia aktualnej literatury przedmiotu, w szczególności odnoszącej się do wskazanej w tytule lokalizacji urbanistycznej<sup>1</sup>.

Na całość pracy składają się cztery rozdziały. Część teoretyczną obejmują rozdziały od pierwszego do trzeciego, zaś rozdział czwarty poświęcony został analizie wyników badań empirycznych przeprowadzonych pośród beneficjentów zasiłków okresowych w mieście Siemianowice Śląskie.

Kluczowym pojęciem dla całości rozważań zawartych w pracy są nierówności społeczne w obszarze zdrowia. W rozdziale pierwszym, zatytułowanym *Przestrzeń poindustrialna a wykluczenie społeczno-ekonomiczne*, przedstawione zostały refleksje nad znaczeniem pojęcia przestrzeni w naukach społecznych, a zwłaszcza przestrzeni poindustrialnej oraz jej związkach z wykluczeniem społeczno-ekonomicznym. Dokonano przeglądu wybranych przekonań badawczych, aby następnie przejść do pojęcia nierówności społecznych. Przybliżone zostały także determinanty tegoż zjawiska. Rozdział ten traktować należy jako wprowadzenie do podjętych w dalszej części pracy badań nad nierównościami w sferze zdrowia.

Rozdział drugi – *Charakterystyka społeczno-demograficzna miasta Siemianowice Śląskie* – traktuje o istocie i problemach społeczno-demograficznych, które występują w tym mieście. Szczególnie ważnym wątkiem rozważań stało się postępujące zjawisko polaryzacji społecznej w wymiarze materialnych warunków życia, zainicjowane przemianami społeczno-ekonomicznymi na początku lat dziewięćdziesiątych (restrukturyzacja tradycyjnych gałęzi przemysłu), które spowodowały również różnice w stanie zdrowia.

W rozdziale trzecim, zatytułowanym *Metodologia badań własnych*, uwaga została skierowana na rozważania teoretyczne nad organizacją i przeprowadzeniem procesu badawczego, który wymaga precyzyjnego zdefiniowania ich celów, a także wskazania metod, za pomocą których są one wdrażane.

---

<sup>1</sup> Zob. N. STĘPIEŃ-LAMPA: *Szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z obszarów wielkomiejskiej biedy w Siemianowicach Śląskich. Raport z badań*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016; N. STĘPIEŃ: *Bezpieczeństwo socjalne w obszarze wielkomiejskiej biedy*. W: *Społeczne aspekty bezpieczeństwa*. T. 2. Red. K. ROKICIŃSKI, S. MIKOŁAJCZAK, O. OSZOWSKA. Poznań, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2016; N. STĘPIEŃ-LAMPA: *Problemy społeczne poindustrialnych miast Górnego Śląska na przykładzie Siemianowic Śląskich*. W: *Europa XX–XXI wieku. Społeczno-polityczne konsekwencje kryzysów*. Red. M. GRUSZCZYK, L. KRZYŻANOWSKI, M. SKRZYPEK. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017; N. STĘPIEŃ-LAMPA: *Restrukturyzacja przemysłu ciężkiego na Górnym Śląsku i jej społeczne skutki. Przykład Siemianowic Śląskich*. W: *Między ideą, pasją a działaniem: księga jubileuszowa dedykowana dr. hab. Marianowi Mitrędze*. Red. P. GRZYWNA, J. LUSTIG, N. STĘPIEŃ-LAMPA, B. ZASĘPA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017; P. GRZYWNA: *Poprzemysłowy obraz Siemianowic Śląskich – bezpieczeństwo zdrowotne osób wykluczonych ekonomicznie*. W: *Między ideą, pasją a działaniem. Księga jubileuszowa dedykowana dr. hab. Marianowi Mitrędze*. Red. P. GRZYWNA, J. LUSTIG, N. STĘPIEŃ-LAMPA, B. ZASĘPA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017; P. GRZYWNA: *Dostępność do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w opinii wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich*. W: *Na drodze do wyjaśnienia problemów politycznych. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Markowi Barańskiemu*. Red. A. CZYŻ, S. KUBAS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2018; P. GRZYWNA, N. STĘPIEŃ-LAMPA: *Gettoizacja przestrzeni miejskiej na przykładzie poprzemysłowych miast Górnego Śląska. Wybrane aspekty*. W: *Oblicza demokracji lokalnej. Wyzwania dla rozwoju miast*. Red. M. OBRĘBSKA. Sosnowiec, Remar, 2018.

Zdecydowanie najobszerniejszą część pracy zajmuje rozdział czwarty – *Nierówności zdrowotne – analiza badań przeprowadzonych wśród osób wykluczonych ekonomicznie w mieście Siemianowice Śląskie* – zawierający wyniki badań empirycznych obejmujących uwarunkowania stanu zdrowia oraz społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu wśród wykluczonych mieszkańców Siemianowic Śląskich. Poruszony został również problem korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ważną konstatacją rozważań w tej części pracy stało się spostrzeżenie, że polityka zdrowotna państwa w przestrzeni poindustrialnej skierowana do osób wykluczonych ekonomicznie powinna dotyczyć przede wszystkim sfer: profilaktyki zdrowotnej, środowiska i warunków mieszkaniowych oraz funkcjonowania samego systemu ochrony zdrowia, gdyż to właśnie wskazane elementy w największym stopniu determinują nierówności zdrowotne. Całość pracy dopełnia zakończenie, stanowiące podsumowanie omawianych zagadnień i wyników badań.

\* \* \*

Monografia niniejsza stanowi rezultat badań naukowych prowadzonych w latach 2012–2016 w ramach projektu badawczego: *Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego jako kryterium poznawcze w polityce społecznej państwa polskiego wobec osób wykluczonych ekonomicznie na obszarze poindustrialnym*.

Szczególne podziękowania kieruję do osób, które przyczyniły się do jej powstania – dr. hab. Mariana Mitręgi – za merytoryczne wsparcie i wartościowe sugestie, a także do pracowników Zakładu Polityki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach: dr Joanny Lustig, dr Natalii Stępień-Lampy oraz dr Bożeny Zasępy.





## Rozdział 1.

# Przestrzeń poindustrialna a wykluczenie społeczno-ekonomiczne

### 1.1. Przestrzeń poindustrialna

Pojęcie przestrzeni w naukach społecznych występuje w wielu skojarzeniach, które w zależności od przyjętego stanowiska teoretyczno-metodologicznego wypełniają ją inną treścią. Przestrzeń stanowi przede wszystkim wytwór społeczny, który według jednej z hipotez sformułowanych przez Henri Lefebvre „jest rezultatem pracy i podziału pracy i w tym sensie jest miejscem ludzi oraz wyprodukowanych przez nich przedmiotów i rzeczy, które ją zajmują, oraz ich podzespołów, wytworzonych, zobiektywizowanych, a zatem «funkcjonalnych»”<sup>1</sup>.

Wraz z postępującym procesem industrializacji rozumienie przestrzeni sprowadzono wyłącznie do funkcji użytecznej – służącej realizacji celów ekonomicznych, ale również jako kategorii związanej z reprodukcją społecznych stosunków produkcji (stosunków determinujących kapitalistyczny charakter społeczeństwa)<sup>2</sup>.

Utożsamianie przestrzeni wyłącznie ze sferą kształtowaną przez gospodarkę nie oddaje pełni tej kategorii, społeczne wytwarzanie przestrzeni uwarunkowane jest bowiem wieloma innymi czynnikami, do których Bohdan Jałowiecki zaliczył<sup>3</sup>:

1. Przyrodę, czyli środowisko naturalne, które z jednej strony traktowane jest jako „dobro” niezagospodarowane o wartościach estetycznych, z drugiej zaś stanowi barierę w wytwarzaniu form przestrzeni, a także generuje tzw. bariery progowe – bariery wzrostu utrudniające lub uniemożliwiające gospodarowanie. Wysoce inwazyjne zmiany w środowisko naturalne zapoczątkowane zostały wraz z rozwojem społeczeństwa industrialnego, a ich zakres obejmuje zarówno problem wyczerpywania się zasobów naturalnych, jak również składowania odpadów<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> B. JAŁOWIECKI: *Społeczne wytwarzanie przestrzeni*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2010, s. 19–20.

<sup>2</sup> Por. A. MAJER: *Socjologia i przestrzeń miejska*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 43.

<sup>3</sup> B. JAŁOWIECKI: *Społeczne wytwarzanie...*, s. 39–43.

<sup>4</sup> Por. N. LUHMANN: *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*. Przeł. G. SKĄPSKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994, s. 21.

2. Rozwój techniki oraz technologii obejmujący wzrost produkcji żywności powodujący koncentrację ludności poza sektorem rolniczym oraz wprowadzenie nowych technologii w zakresie komunikacji i środków transportu (nośników powiązań).
3. Stosunki panowania i podległości wyrażające się w trzech aspektach: ekonomicznym (stosunki produkcji), politycznym (władza) oraz ideologicznym (ideologia klasy, warstw lub grup dominujących w społeczeństwie).
4. Systemy wartości i kategorie kultury budujące model świata danego społeczeństwa.

Tworzenie przestrzeni polega zatem na przeobrażaniu świata przyrody w świat społeczny, bierze się przy tym pod uwagę wymienione wyżej czynniki oraz uwzględnia prawidłowość, że każde społeczeństwo, każdy sposób produkcji wytwarza własną przestrzeń, która oddaje jego charakter. Tak więc społeczeństwo industrialne wytworzyło przemysłową formę przestrzeni produkcji (tzw. industrialną), której symbolem stała się fabryka – dominująca forma w krajobrazie.

Procesy industrializacji przebiegały jednak odmiennie w państwach kapitalistycznych i socjalistycznych, w związku z czym również procesy wytwarzania przestrzeni były specyficzne w przypadku tych formacji ustrojowych. Zasadniczym i dominującym czynnikiem warunkującym wytwarzanie przestrzeni w krajach kapitalistycznych był bowiem rynek, zaś w państwach socjalistycznych decyzje polityczne, gdyż to „system polityczny pełni determinującą rolę wobec systemu ekonomicznego, co różni industrializację socjalistyczną od zachodniej, w której mechanizm ekonomiczny był zawsze wiodący, mimo poważnej roli, jaką odegrało państwo w ustanowieniu leseferystycznej ekonomiki. W społeczeństwie socjalistycznym ekonomika pozostaje cały czas zdominowana przez politykę, choć formy owej dominacji ulegają zmianom”<sup>5</sup>. Wytwarzanie przestrzeni było wobec tego w większym stopniu uzależnione od przesłanek politycznych niż ekonomiczno-społecznych.

Industrializację socjalistyczną, podporządkowaną, jak już podkreślono, politycznej linii partii, charakteryzowały specyficzne formy przestrzeni produkcji – rejony uprzemysławiane, tworzone w oparciu o duży zakład przemysłowy bądź kilka takich podmiotów wzajemnie się uzupełniających i tworzących system produkcyjny, któremu podporządkowane zostały inwestycje w innych sektorach, stanowiąc jego uzupełnienie<sup>6</sup>.

Wytwarzanie takiej właśnie przestrzeni produkcji oraz konsumpcji (odtworzenia siły roboczej) przedstawił w oparciu o przykład Rybnickiego Okręgu Węglowego (ROW) Marian Mitręga – wyliczając, że rozbudowa sektora przemysłowego ROW w latach 1966–1970 pochłonęła 82,2% całości nakładów na inwestycje, podczas gdy na infrastrukturę społeczną jedynie 17,8% (dla kraju było to wówczas odpowiednio 40,8% i 59,2%). W kolejnym badanym przez Mitręgę okresie, czyli w latach 1971–1976, struktura nakładów uległa silniejszej dysproporcji – 83,8% kosztów inwestycji obejmowało przemysł, a tylko 16,2% infrastrukturę społeczną (wobec 67,7% i 32,3% dla Polski)<sup>7</sup>. Badacz zauważa, że „rozwój infrastruktury społecznej na obszarze Rybnickiego Okręgu

<sup>5</sup> W. MORAWSKI: *Strategia narzuconej industrializacji a społeczeństwo*. „Studia Socjologiczne” 1980, nr 4, s. 117.

<sup>6</sup> Por. I. SAGAN: *Miasto – scena konfliktów i współpracy. Rozwój miast w świetle koncepcji reżimu miejskiego*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2000, s. 85–86.

<sup>7</sup> B. JAŁOWIECKI: *Społeczne wytwarzanie...*, s. 231.

Węglowego jest opóźniony w stosunku do planowych założeń o 4–6 lat. [...] Szczególne zaniepokojenie budzi sytuacja w dziedzinie kultury, oświaty i służby zdrowia, które wymagają szybkiej i radykalnej poprawy efektów”<sup>8</sup>. Przestrzeń produkcji stanowiła więc przewodnią formę przestrzeni planowaną centralnie, jednakże poszczególne składowe infrastruktury społecznej (mieszkalnictwo, służba zdrowia, system oświaty itd.) wynikały z ustaleń branżowych dokonywanych na poziomie ministerstw. Taki sposób organizacji rozwoju przestrzeni w skali państwa spowodował oczywiste nierówności, których skutkiem stały się tzw. sfery niedostatku – „obszary niezaspokojonych potrzeb społecznych, które w określonych warunkach społeczno-gospodarczych kraju mają charakter zobiektywizowany. Dotyczą one szeroko rozumianych potrzeb ludzkich zarówno sfery materialnej, jak i pozamaterialnej, ujmowanych w różnych przekrojach demograficznych, społeczno-zawodowych, przestrzennych”<sup>9</sup>. Pojawienie się sfer niedostatku wskazuje zatem, że zaspokajanie potrzeb społecznych stanowiło dalszy plan działań, ponieważ podstawową rolę odgrywał proces intensywnego uprzemysłowienia, którego negatywne efekty odczuwane były jeszcze przez wiele lat po upadku ustroju.

Podczas gdy w krajach socjalistycznych industrializacja przechodziła przez kolejne stadia rozwoju, w kapitalistycznych państwach Europy Zachodniej, pod wpływem ideologii związanej z tzw. ruchami Nowej Lewicy, zarysowana została teza o nastaniu społeczeństwa poindustrialnego, stanowiącego podstawę takiej również formy kapitalizmu<sup>10</sup>. „Postindustrialny porządek rzeczy odwraca się od obu poprzednich. W miarę rosnących wyników pracy ludzie żyją coraz bardziej «poza» przyrodą i coraz mniej obcuje z maszynami i rzeczami”<sup>11</sup>. Nowa odmiana „kapitalizmu ery postindustrializmu” zdefiniowana przez Joel’a I. Nelsona, nie oznaczała jednakże tylko społeczeństwa, w którym zatrudnienie w sektorze usług zastępuje miejsce zatrudnienia w przemyśle, jako głównym źródle zarobkowania, ponieważ wiąże się z pojmowanymi szerzej konsekwencjami procesu deindustrializacji. Nelson uważa, że: „zmiany związane z tą erą są w dużej mierze odpowiedzialne za wzrost nierówności oraz przecięcie wężła gordyjskiego łączącego wzrost z równością”<sup>12</sup>.

Podejście badawcze umożliwiające zastosowanie kategorii poindustrializmu do opisu zmiany społecznej podkreśla w głównej mierze implikacje owej przemiany dla gospodarczej, politycznej oraz społecznej struktury przestrzeni współczesnych miast, która w znacznym stopniu stanowi skutek deindustrializacji. Użyteczność kategorii poindustrialność odnosi się również do miast postsocjalistycznych, w których przestrzeń poindustrialna jest swoistym efektem transformacji społeczno-ekonomicznej.

<sup>8</sup> M. MITRĘGA: *Charakterystyka Rybnickiego Okręgu Węglowego*. „Zeszyty Komitetu Badań Rejonów Uprzemysławianych” 1983, nr 76, s. 74.

<sup>9</sup> L. FRĄCKIEWICZ: *Sfery niedostatku*. Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1983, s. 6.

<sup>10</sup> Tezę głosili m.in. tacy uczeni jak: Daniel Bell czy Alain Touraine.

<sup>11</sup> Por. K. KRZYSZTOFEK, M.S. SZCZEPAŃSKI: *Zrozumieć rozwój. Od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, 2002, s. 78.

<sup>12</sup> Cyt. za: D. BYRNE, K. WÓDZ: *Polaryzacja przestrzenna i degradacja kulturowa – stare regiony przemysłowe w epoce postindustrialnej. W: Jaki region? Jaka Polska? Jaka Europa? Studia i szkice socjologiczne*. Red. M.S. SZCZEPAŃSKI. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, 2001, s. 117.

Przekształcenia gospodarki industrialnej w poindustrialną w przypadku Polski zapoczątkowane zostały wraz z przejściem do gospodarki wolnorynkowej. Proces ten generował wiele potencjalnych problemów, nie tylko w sferze gospodarczej, ale również społecznej czy środowiskowej.

Negatywne konsekwencje deindustrializacji, rozumianej jako proces zaniku tradycyjnych gałęzi przemysłu, wykraczają znacznie poza proste skutki ekonomiczne, w nowych warunkach społeczno-gospodarczych zanika bowiem charakterystyczny dla przestrzeni industrialnej prymat funkcji przemysłowych, powodując jednocześnie ekonomiczny upadek znaczenia wielu miast. Wskazać można ewidentny przykład miast Górnego Śląska, w których w latach dziewięćdziesiątych XX w., wraz z ograniczeniem działań, bądź upadkiem wielkich zakładów przemysłowych (kopalń, hut itd.), nastąpił szereg niekorzystnych zjawisk społeczno-demograficznych, do których przede wszystkim należy zaliczyć dekompozycję tradycyjnych środowisk robotniczych<sup>13</sup> oraz bezrobocie, którego negatywne konsekwencje potęgował niejako tradycyjny model rodziny, zamężne kobiety przeważnie bowiem nie pracowały, a ciężar utrzymania spoczywał na barkach mężczyzn. W sytuacji likwidacji zakładu i utraty pracy realnie obniżał się poziom życia nie tylko rodzin, ale także całych dzielnic miast, powodując powstawanie przestrzeni społecznie zdegradowanych<sup>14</sup>. Dylematy związane z brakiem pracy przekładały się na kolejne społeczne deficyty przejawiające się w procesach dezorganizacji społecznej – osłabieniem więzi społecznych, wzrostem stopnia polaryzacji społecznej – deindustrializacja spowodowała wzmożone procesy rozwarstwienia społeczeństwa, wyrazem czego stało się pojawienie grup społecznych określanych mianem „ofiar reform”, do których zaliczono:

- bezrobotnych, pozbawionych dochodu, czego skutkiem były pogarszające się warunki bytu w gospodarstwach domowych;
- pracowników, których realna wartość uzyskiwanego wynagrodzenia była niższa niż przed rozpoczęciem procesu reform;
- osoby, które uległy swoistej deklasacji, tracąc uprzednią pozycję zawodową w wyniku restrukturyzacji całych gałęzi przemysłu np. górnicy, hutnicy;
- mieszkańców miast i osiedli powstałych w wyniku budowy dużych przedsiębiorstw państwowych (tzw. patronackich), zagrożonych procesem społecznej degradacji<sup>15</sup>.

Proces przeobrażeń przemysłu spowodował także wzrost znaczenia oraz stopnia intensywności problemów społecznych, takich jak: ubożenie społeczeństwa, patologizacja życia społecznego, nierówności w dostępie do systemu ochrony zdrowia i edukacji czy dylematy w zakresie ubezpieczeń społecznych. Konsekwencją tychże zagrożeń był postępujący brak poczucia bezpieczeństwa rodzin oraz pogarszanie warunków i jakości

---

<sup>13</sup> A. MROZOWIECKI: *Robotnicy po transformacji: w poszukiwaniu podmiotowości*. W: *Podziały klasowe i nierówności społeczne. Refleksje socjologiczne po dwóch dekadach realnego kapitalizmu w Polsce*. Red. P. ŻUK. Warszawa, Oficyna Naukowa, 2010, s. 250.

<sup>14</sup> Por. J. WÓDZ, K. WÓDZ: *W poszukiwaniu nowej tożsamości. Miasta Śląska i Zagłębia w okresie przemian końca XX wieku*. W: *Tożsamość społeczno-kulturowa miasta postindustrialnego w Europie Środkowej*. Red. B. KŁOCH, A. STAWARZ. Rybnik–Warszawa, Muzeum w Rybniku, Polskie Towarzystwo Etnologii Miasta, Stowarzyszenie Inżynierów i Techników Górnictwa, 2005, s. 11.

<sup>15</sup> Por. Z. PIŚZ: *Problemy społeczne transformacji w Polsce*. Opole, Wydawnictwo Instytut Śląski, 2001, s. 61.

życia, których zapewnienie było odtąd uzależnione wyłącznie od wolnego rynku. Wolny rynek, zastępując dotychczasową centralnie zarządzaną dystrybucję dóbr i usług, uzależnił ją jedynie od posiadanej siły nabywczej, a więc pieniądza. Zasobność portfela regulowała również formy aktywności na płaszczyźnie społecznej, które do tej pory wspierane były przez instytucje państwa w oparciu o zasadę uprzywilejowania określonych grup zawodowych. Struktury zawodowe i polityczne stanowiły bowiem podstawę systemu dystrybucji, którego załamanie spowodowało polaryzację społeczną. Socjalna rola zakładów pracy również uległa deprecjacji, odpowiedzialność za usługi publiczne została przeniesiona w znacznej mierze na instytucje samorządu terytorialnego. Szczególnie istotna z punktu widzenia warunków i jakości życia sfera mieszkaniowa, dotychczas znajdująca się w kompetencjach oddziaływań zakładu pracy, poddana została twardym regułom rynku. Przykładowe osiedla mieszkaniowe ulegały powolnemu procesowi degradacji, który wynikał z deficytu finansowego dotychczasowego patrona. Reorganizacja bądź zamknięcie takiego zakładu było równoznaczne z powstawaniem całego kompleksu zdegradowanych materialnie oraz społecznie osiedli – potencjalnego źródła konfliktów i przestępczości oraz zjawisk społecznie niepożądanych, na przykład bezrobocia, które pociąga za sobą wykluczenie społeczne oraz zagrożenie uzależnieniami. Kryzys społeczny miast poindustrialnych wiąże się zatem ze zmianami zagrażającymi trwałości relacji społecznych. Stan ten potęguje fakt, że przestrzeń społeczna miast Górnego Śląska nadal pozostaje zorganizowana i podporządkowana przemysłowi, co w wielu przypadkach stanowi dziedzictwo jeszcze XIX-wiecznej industrializacji, kontynuowanej w okresie socjalistycznym. Następstwem historycznych uwarunkowań przestrzeni społecznej Górnego Śląska jest dwudzielny podział: „z jednej strony mamy więc do czynienia z gettami biedy na obszarach najstarszych dzielnic mieszkaniowych (można tu wspomnieć o Bobrku bytomskim, świętochłowickich Lipinach, katowickim Załężu [...], z drugiej z gettami tworzącymi się na obszarach blokowisk, powstałych w epoce realnego socjalizmu [...]”<sup>16</sup>.

Miasta poindustrialne (a także postsocjalistyczne) można również definiować w kontekście kategorii „miast ryzyka”, agregujących nierozwiązane kwestie, czy też problemy społeczne. Symptomy ryzyka w płaszczyźnie społecznej to przede wszystkim wzrost liczebności grup ulegających procesowi marginalizacji oraz formowania się w jej wyniku tzw. *underclass* – kategorii osób egzystujących na marginesie życia społecznego, przez co pozbawionych możliwości zaspokajania najbardziej elementarnych potrzeb bytowych. *Underclass*, stanowiącą „podklasę”, tworzą cztery kategorie:

- „ludzi biednych, biernie nastawionych do rzeczywistości, wieloletnich klientów pomocy społecznej;
- świata przestępczości i narkomanii, kryminalistów i młodocianych przestępców;
- przemytników, sprzedawców i handlarzy działający w szarej strefie;
- nałogowych alkoholików, włóczęgów, osób dotkniętych patologiami psychicznymi w wieku produkcyjnym oraz egzystujących na ulicy”<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> M.S. SZCZEPAŃSKI, W. ŚLĘZAK-TAZBIR: *Między łękiem a podziwem: getta społeczne w starym regionie przemysłowym*. W: *Gettoizacja polskiej przestrzeni miejskiej*. Red. B. JAŁOWIECKI, W. ŁUKOWSKI. Warszawa, Wydawnictwo SWPS Academica, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2007, s. 39.

<sup>17</sup> H. DOMAŃSKI: *Ubóstwo w społeczeństwach postkomunistycznych*. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, 2002, s. 26–27.



Jednostki zaliczane do *underclass* cechuje pozostawanie poza rynkiem pracy (izolacja od pracy zawodowej) oraz deficyt uczestnictwa w życiu publicznym. Piotr Gliški sformułował ogólne spostrzeżenie, że społeczeństwo polskie charakteryzuje osłabienie więzi oraz rozpad struktury w makrozakresie, wywołane czynnikami natury kulturowo-aksjologicznej.

Dominującą wersją kultury staje się ta skomercjalizowana, konsumpcyjna i kultura chamstwa, które wzajemnie się dopełniają. Cham stanowi przeciwieństwo obywatela, jest swoistym „pasożytem społecznym”, który wykształcił się wskutek procesów mediatyzacji, zalewu informacyjnego i relatywizmu. Skutkuje to również rozpadem i segmentacją życia społecznego przebiegającą według odmiennych kryteriów niż dotychczasowe podziały makrostrukturalne. Społeczeństwo polskie definiuje bowiem enklawowość, wyrażającą się specyficznymi układami kulturowo-aksjologicznymi, do których można zaliczyć np. enklawy ucieczkowe i subkultury nędzy. Konsekwencją tych zjawisk jest uwidocznienie się podziału dychotomicznego na masę sfragmentaryzowaną oraz specyficzne enklawy kulturowo-aksjologiczne<sup>18</sup>. Dariusz Niedźwiedzki uważa, że szczególnie zagrożone tymi zjawiskami są rodziny ubogie, które charakteryzują się cechami kultury postfiguratywnej. Młode pokolenie kształtuje się w oparciu o wzory postaw i zachowań przekazywane przez starsze generacje, a „raz wyuczone odgrywają decydującą rolę przez całe życie człowieka”<sup>19</sup>.

Przestrzenna koncentracja wskazanych problemów powoduje wytwarzanie się swoistych stref załamania społecznego (gett biedy), zwłaszcza w typowych dzielnicach przemysłowych, w których środowisko życia niejako przeciwstawia się człowiekowi, utrudniając lub uniemożliwiając proces zaspokajania jego potrzeb i tym samym stwarzając bariery dla rozwoju jednostki, jej interakcji z otoczeniem oraz szerzej dla rozwoju życia społecznego w ogóle. Pojawiają się zatem zjawiska patologii społecznej, agresji wobec otoczenia (aktów wandalizmu) oraz przemocy, będące symptomami przestrzeni zdegradowanej społecznie. Dokonując analizy procesów segregacji i degradacji społecznej przestrzeni miejskiej w kontekście getta, Piotr Sałustowicz wskazuje na zjawisko tzw. diabelskiego koła charakterystyczne dla tejże przestrzeni – „złe warunki mieszkaniowe, niewystarczająca infrastruktura, negatywne etykiety dla dzielnicy jako «zły adres», brak pozytywnych tj. wspomagających integrację wzorów dla małoletnich, brak przestrzennego dostosowania między lokalizacją getta a lokalizacją dostępnych dla jego mieszkańców miejsc pracy w przemyśle, niestabilność sieci społecznych i powszechność przemocy oddziałują między sobą i wzmacniają się”<sup>20</sup>.

Jednym z głównych czynników wpływających na kształt przestrzeni poindustrialnej staje się wobec powyższego deficyt bezpieczeństwa oraz konieczność jego zagwa-

<sup>18</sup> Por. P. GLIŃSKI: *Podział kulturowy: fragmentaryzacja czy rozpad?* W: *Kulturowe aspekty struktury społecznej. Fundamenty. Konstrukcje. Fasady*. Red. P. GLIŃSKI, I. SADOWSKI, A. ZAWISTOWSKA. Warszawa, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 2010, s. 44–81.

<sup>19</sup> D. NIEDŹWIEDZKI: *Władza – tożsamość – zmiana społeczna*. Kraków, Wydawnictwo Universitas, 2003, s. 65.

<sup>20</sup> P. SAŁUSTOWICZ: *Miasto jako przedmiot badań polityki społecznej*. W: *Miasto jako przedmiot badań naukowych w początkach XXI wieku*. Red. B. JAŁOWIECKI. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2008, s. 185.

rantowania na różnych płaszczyznach. Kwestia szeroko pojmowanego bezpieczeństwa stanowi bowiem jeden z kluczowych czynników warunkujących jakość życia. Ponadto bezpieczeństwo, podlegając interpretacji w kontekście społecznym, tworzy istotną barierę dla rozwoju zjawisk wykluczenia społecznego, ubóstwa oraz innych patologii. Zasadniczym wyzwaniem dla bezpieczeństwa staje się zatem proces identyfikacji i rozwiązywania tychże zjawisk, czy też zmniejszania ich negatywnych konsekwencji w taki sposób, który zapewni zrównoważony rozwój przestrzeni miasta.

Koncepcja zrównoważonego rozwoju zakłada jednak integrowanie ładu społecznego, gospodarczego oraz środowiskowego, tymczasem jednym z podstawowych problemów polskich miast poindustrialnych były kryzysy ekologiczne wynikające z przekroczenia granic równowagi środowiska naturalnego. Stan ten implikował fakt, że „w większości przypadków podstawowym czynnikiem miastotwórczym był przemysł, stąd też w części miast polskich dominuje przestrzeń głównie produkcyjna. Szybkie tempo industrializacji i urbanizacji w Polsce lat powojennych zdecydowało o ekspansji przestrzeni miejskiej w kierunku zewnętrznym na peryferia. W konsekwencji nastąpiło wchłonięcie terenów przemysłowych i zogniskowanych wokół nich osiedli mieszkaniowych w ogólną tkankę miejską”<sup>21</sup>. Naruszeniu uległy więc granice między przestrzenią zamieszkania a przestrzenią przemysłu. Postępująca deindustrializacja odsunęła proces degradacji środowiska na dalszy plan, częściowo i naturalnie go rozwiązując. Poważnym problemem stały się natomiast trudności w radzeniu sobie z szeregiem kwestii społecznych, ograniczaniu zasięgu wykluczenia społecznego oraz ubóstwa, powstałych w znacznej mierze wskutek procesów restrukturyzacji przemysłu.

Na rozpoznane problemy przestrzeni życia człowieka nałożyły się kolejne, wynikające z zachodzących przeobrażeń – w postaci presji globalnej konkurencji wymuszającej m.in. elastyczną specjalizację, produkcję na czas oraz minimalizację kosztów transakcji. Konsekwencje wynikające z postępującej integracji globalnego rynku powodują istotne trudności gospodarcze w tzw. starych regionach przemysłowych, zwłaszcza jeśli upadająca gałąź przemysłu generuje „próżnię gospodarczą”, w której nie pojawiają się nowe inwestycje i nowe miejsca pracy w sektorze usług, bowiem likwidowane zakłady pracy zatrudniały wąsko wykwalifikowanych pracowników, zaś sfera usług wymaga wysokich kwalifikacji, np. finansowych, prawnych czy konsultingowych.

Determinowane zewnętrznymi warunkami polityczno-ekonomicznymi procesy deindustrializacji wywierają stały i negatywny wpływ na całokształt stosunków społecznych obszarów poindustrialnych, generując zjawiska, których zakres i natężenie utrudnia odnalezienie się w nowej neoliberalnej rzeczywistości.

---

<sup>21</sup> M. ZRALEK: *Środowisko mieszkalne współczesnego miasta*. W: *Demograficzne i społeczne aspekty rozwoju miast*. Red. J. SŁODCZYK. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2002, s. 165.



## 1.2. Wykluczenie społeczne i jego wymiar ekonomiczny

Przestrzeń poindustrialna, powstała jako wyraźny efekt procesów deindustrializacji, stanowi podłoże do rozważań obejmujących kategorię wykluczenia społecznego, a zwłaszcza jego ekonomiczny wymiar. Problemy społeczne i socjalne kumulujące się w tejże przestrzeni determinują formy organizacji życia zbiorowego, szczególnie w zakresie struktury ekonomicznej i społecznej. Wobec tego istotnym zagadnieniem staje się dyskusja wokół możliwości oraz skuteczności wdrażania idei reintegracji społecznej jednostek oraz grup społecznych wykluczonych z różnych obszarów życia społecznego.

Teoretyczne analizy obejmujące wieloaspektowe wymiary kwestii społecznych skupiają się również na aspektach temporalnych, na tzw. starych kwestiach, które tylko pozornie uznane są za dogłębnie rozpoznane, powracają bowiem w jakościowo nowych formach, oraz nowych problemach wywołanych przez zmiany natury politycznej, ekonomicznej czy społeczno-kulturowej.

Naukowa eksploracja pozwala na dokładniejsze zrozumienie źródeł i natury kwestii społecznych powstających na poziomach systemu społecznego. Nie zapewnia jednak jednolitego rozumienia centralnych kategorii organizujących myślenie o przedmiocie polityki społecznej, takich jak np. wykluczenie społeczne, kwestia społeczna czy choćby nierówności społeczne. Przyczyną tego stanu jest fakt, że kategorie w naukach społecznych charakteryzują się często niską precyzyjnością, połączoną z wieloznacznością, a nierzadko nawet niejasnością wynikającą z aspiracji zawarcia w tych pojęciach nadmiernie wielu treści. Równie istotnym motywem wpływającym na ten stan rzeczy, była historyczna oraz zależna od sytuacji fluktuacja zakresowa tych terminów, którą istotnie wzmacniał nacechowany ideologicznie i aksjologicznie postulowany normatywny i społeczny ład. Mechanizmy społecznego wykluczenia jednostek, grup, kategorii społecznych z różnych obszarów życia społecznego stanowią naruszenie tego właśnie porządku.

Ważną metodą pozwalającą na ograniczenie dylematów niejasności oraz wieloznaczności pojęć, w tym kategorii wykluczenia społecznego, jest naukowa próba ich precyzowania i zbudowania w efekcie adekwatnej definicji. Definicje te nie pozostają jednak wolne od wskazanych dylematów, jeśli w procesie ich budowy zostaną wykorzystane niejasne i wieloznaczne pojęcia.

Rozważania wokół pojęcia wykluczenie społeczne można zogniskować w formie czterech zasadniczych nastawień.

Podejście pierwsze – partycypacyjne – agreguje definicje akcentujące brak uczestnictwa jednostek i grup społecznych w istotnych obszarach życia społecznego: ekonomicznym, politycznym, społecznym i kulturowym. W oparciu o wskazane kategorie można wyróżnić następujące sfery wykluczenia społecznego:

- wykluczenie ekonomiczne, spowodowane brakiem uczestnictwa (lub uczestnictwem w ograniczonym stopniu) w rynkach wymiany warunkujących uzyskiwanie dochodów oraz redukujących ryzyka społeczne (rynek pracy, rynek kredytu i ubezpieczeń);

- wykluczenie socjalne wynikające z niekorzystania (lub korzystania w zawężonym zakresie) z dóbr publicznych oraz tzw. infrastruktury społecznej;
- wykluczenie polityczne związane z rozdzwieniem między formalną a rzeczywistą realizacją praw wynikających m.in. z dyskryminacji, niestabilności instytucji politycznych czy braku zabezpieczenia społecznego;
- wykluczenie kulturowe, czyli brak lub ograniczone uczestnictwo w kulturowych aspektach życia społecznego (w sieciach społecznych)<sup>22</sup>.

Istotnymi obszarami w ramach tego podejścia są: konsumpcja, czyli zdolność do zakupu dóbr i usług; produkcja – będąca wyrazem aktywności na rynku pracy; zaangażowanie polityczne przejawiające się np. w udziale w wyborach oraz integracja społeczna. Brak aktywności na którymkolwiek z tych pól stanowi przejaw wykluczenia społecznego w warstwie indywidualnej<sup>23</sup>.

Wykluczenie społeczne w ujęciu partycypacyjnym stanowi proces kumulujących się i złożonych zmian polegających na stopniowym wyłączeniu ze sfery ekonomii, polityki oraz społeczeństwa, którym to zmianom towarzyszy izolacja jednostek lub całych grup społecznych.

Nastawienie drugie eksponuje ograniczenie lub brak dostępu do uznanych społecznie za ważne zasobów i usług: pracy i zarobkowania, systemu konsumpcji, zabezpieczeń społecznych, systemu edukacyjnego, systemu ochrony zdrowia itd.<sup>24</sup>. Dystrybucyjny aspekt wykluczenia społecznego traktuje zatem dostęp do instytucji społecznych jako warunek integracji ze społeczeństwem. Należy również podkreślić fakt, że każde stadium rozwoju społeczeństwa charakteryzuje dostęp do innych uprawnień. Kazimierz W. Frieske i Paweł Poławski uważają, że w fazie społeczeństwa przemysłowego instytucjami tymi były „dostęp do rynku pracy, rynku konsumpcji oraz dostęp do przywilejów związanych ze statusem obywatela”<sup>25</sup>.

Stanowisko trzecie, związane jest z prawami społecznymi i socjalnymi, a zwłaszcza z zakresem ich realizacji. Wykluczenie społeczne w tym ujęciu będzie stanowiło barierę wykluczającą jednostki z możliwości korzystania z praw socjalnych wynikających np. z zatrudnienia, mieszkania czy ochrony zdrowia. Szeroki zakres tych praw gwarantować ma zabezpieczenie przed rodzajami ryzyka społecznego.

Perspektywę wyjaśniającą wykluczenie społeczne w kontekście praw obywatelskich przedstawił Thomas H. Marshall, który utożsamiał to zjawisko z brakiem dostępu oraz możliwościami stosowania tych praw, zwłaszcza w zakresie praw socjalnych, ale także o charakterze politycznym i ekonomicznym. Stworzona przez Marshalla koncepcja zakładała trójelementowy skład statusu obywatela, który ewoluował hi-

<sup>22</sup> CH. GORE, J.B. FIGUEIREDO: *Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu*. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje” 2003, nr 5, s. 25–26.

<sup>23</sup> Por. P. BRODA-WYSOCKI: *Wykluczenie i inkluzja społeczna. Paradygmaty i próby definicji*. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012, s. 60.

<sup>24</sup> Zob. J. GROTOWSKA-LEDER: *Ekskluzja społeczna – aspekty teoretyczne i metodologiczne*. W: *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki przemian*. Red. J. GROTOWSKA-LEDER, K. FALISZEK. Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, 2005, s. 29–30.

<sup>25</sup> K.W. FRIESKE, P. POŁAWSKI: *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*. Katowice, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, 1999, s. 89.

storycznie i obejmował: prawa obywatelskie (cywilne), prawa polityczne oraz prawa socjalne<sup>26</sup>.

Kształtowanie się kolejnych składowych wskazanych praw można przypisać kolejnym stuleciom – prawa cywilne formowały się w XVIII w., prawa polityczne w wieku XIX, a prawa socjalne w wieku XX. Zarysowane okresy historyczne należy jednakże uznać za swoiste etapy niedomknięte, bowiem dwa ostatnie z nich nakładają się na siebie<sup>27</sup>. Historia kształtowania się praw obywatelskich wyraża się więc stopniowym dodawaniem kolejnych, nowych uprawnień do już istniejącego i utrwalonego statusu obywatela.

Prawa obywatelskie rozwinęły się zatem jako pierwsze, odnosząc się do praw gwarantujących indywidualną wolność, a więc prawa do wolności osobistej, swobody wypowiedzi, poglądów i wyznania, prawa do posiadania własności osobistej, a także prawa do bezstronnego wymiaru sprawiedliwości.

Polityczny składnik statusu obywatela wyraża się natomiast w prawie do udziału w życiu politycznym, prawie do wyboru reprezentantów politycznych zarówno na szczeblu lokalnym, jak również centralnym. Instytucjami umożliwiającymi realizację tych praw są parlament oraz samorząd.

Ostatni etap kształtowania praw obywatelskich obejmuje prawa socjalne, stanowiące rodzaj uprawnień do ekonomicznego i socjalnego bezpieczeństwa, w tym do udziału we wspólnym dziedzictwie i do godnego życia na przyjętym w społeczeństwie standardzie. Prawa socjalne dopełniają więc status bycia obywatelem, umożliwiając realizację pełni członkostwa w społeczeństwie.

Prawa socjalne przyznawane w kontekście kolejnych faz rozwoju gospodarczego stanowić miały barierę, ale także swoisty środek zaradczy dla powstających i narastających nierówności ekonomicznych. Socjalny składnik praw, wyrażający się m.in. zapewnieniem minimalnych norm co do standardu życia, gwarancją powszechnej edukacji oraz dostępnością do powszechnej służby zdrowia, umożliwia korzystanie z innych kategorii praw.

Frieske przedstawił jednak zasadnicze ograniczenia zawarte w idei powszechności praw socjalnych jako środka zaradczego na procesy społecznego wykluczania, ponieważ „równe, uniwersalizowane prawa socjalne, wcale nie oznaczają, że wszyscy potrafią z nich w równy sposób korzystać. Zatem powszechność i równość uprawnień socjalnych nie rozwiązują problemu powszechnej i równej partycypacji, bo nadal wykluczeni pozostają zarówno ci, którzy tych uprawnień nie mają, jak też i ci, którzy – dla różnych powodów – nie mogą z przysługujących im uprawnień skorzystać”<sup>28</sup>. Frieske zauważa również, że współczesna percepcja wykluczenia społecznego zawężana jest najczęściej do upośledzonych pod względem ekonomicznym lub kultu-

<sup>26</sup> T.H. MARSHALL: *Class, Citizenship and Social Development*. W: *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*. Red. K.W. FRIESKE, P. POŁAWSKI. Warszawa, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1997, s. 30.

<sup>27</sup> Ibidem, s. 32.

<sup>28</sup> K.W. FRIESKE: *Migotanie rzeczywistości. Wieloznaczność „sukcesu” programów społecznej inkluzji*. W: *Utopie inkluzji. Sukcesy i porażki programów reintegracji społecznej*. Red. K.W. FRIESKE. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2004, s. 80.

rowym grup i pewnych kategorii społecznych. Problem wykluczenia ekonomicznego ma znacznie szerszy kontekst, wykluczeniem bowiem mogą zostać dotknięte, przez powstałe koalicje interesów, jednostki oraz grupy znajdujące się w dobrych warunkach ekonomicznych. Zmiany zachodzące w samej strukturze systemu gospodarczego, spowodowane procesami globalizacji lub deindustrializacji, także wywołują radykalne przekształcenia w strukturze społecznej państwa. Wraz ze zmniejszającą się liczbą stałych miejsc pracy w tradycyjnych sektorach gospodarki (zapewniających stabilny dochód, gwarantując również dostęp do pełnego zakresu zabezpieczenia społecznego), zmianie ulega związany z nimi porządek społeczny wyrażający się względnie trwałym położeniem w hierarchii społecznej.

Ostatnie podejście do wykluczenia społecznego, tzw. deprywacyjne, podkreśla istniejący dysonans pomiędzy faktycznym a pożądanym stopniem zaspokojenia potrzeb w kontekście ekonomicznym. Jednakże różnorodność potrzeb oraz niemożność zaspokojenia ich właśnie z powodów ekonomicznych prowadzi do tzw. deprywacji w wielu wymiarach życia (deprywacji wielowymiarowej). Deprywacja w jednej z płaszczyzn nie prowadzi jeszcze do wykluczenia z życia społecznego, powoduje to dopiero nagromadzenie deprywacji w postaci deprywacji wielowymiarowej, którą Ryszard Szarfenberg rozumie jako wykluczenie socjalne, bądź ekonomiczne, a w kontekście kultury – wykluczenie kulturowe, stanowiące razem składowe szerokiego pojęcia wykluczenia społecznego<sup>29</sup>. Wykluczenie społeczne obejmuje zatem większą ilość przejawów deprywacji, ujmując również utratę wcześniejszego statusu społecznego oraz poczucie niższości.

Przytoczone powyżej główne podejścia interpretujące naturę wykluczenia społecznego należy uzupełnić w kontekście jednego z trzech paradygmatów – republikańskiego, liberalnego lub socjaldemokratycznego – stanowiących fundament pojmowania koncepcji wykluczenia społecznego.

Paradygmat republikański nawiązuje do zasady solidarności, definiując wykluczenie z życia społecznego jako atrofie więzi społecznych między jednostkami a społeczeństwem, wynikającą z nieefektywności instytucji, których celem jest właśnie utrzymanie tych więzi. Państwo, za pomocą systemu zabezpieczenia społecznego, stanowić ma gwarant społecznej spójności. System publicznej asekuracji przed różnymi rodzajami ryzyka społecznego pełni bowiem istotną rolę w procesie transformacji państwa opiekuńczego w epoce postindustrialnej i warunkach globalizacji<sup>30</sup>.

W paradygmacie liberalnym podstawowe znaczenie ma wolność jednostki od ingerencji ze strony państwa oraz innych osób w jej prywatne sprawy. Przyczyn wykluczenia społecznego należy doszukiwać się w relacjach między jednostkami, które – posiadając odmienne zdolności – cechują się różną efektywnością działania w ramach wolnego rynku. Dokonując nietrafnych wyborów mogą znaleźć się w sytuacji wykluczenia, którą determinować mogą dodatkowo dyskryminacja na rynku, łamanie praw

<sup>29</sup> R. SZARFENBERG, A. KUROWSKA: *Ubóstwo a wielowymiarowa deprywacja, nierówność i wykluczenie społeczne*. W: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne – perspektywa poznawcza*. Red. R. SZARFENBERG, C. ŻOŁĘDOWSKI, M. THEISS. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2010, s. 110.

<sup>30</sup> S. GOLINOWSKA, P. BRODA-WYSOCKI: *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć*. W: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania, metody, wyniki*. Red. S. GOLINOWSKA, E. TARKOWSKA, I. TOPIŃSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2005, s. 33.

pracowniczych oraz realne nierówności na linii obywatel – instytucje. Wykluczenie społeczne przyjmuje zatem postać fragmentaryczną, przejawiając się w określonych sytuacjach, polach bądź sektorach aktywności np. ekonomicznym<sup>31</sup>.

Paradygmat socjaldemokratyczny podkreśla natomiast znaczenie nie tylko praw osobistych i politycznych w statusie obywatela, ale również praw społecznych i społecznych, zwłaszcza tych do bezpieczeństwa socjalnego. Źródłem wykluczenia społecznego należy doszukiwać się w hierarchicznej strukturze społeczeństwa, w której uprzywilejowane grupy (klasy) sprawują kontrolę nad zasobami. Posiadając władzę, tworzą warunki umożliwiające dostęp oraz dystrybucję dóbr wśród dominujących grup społecznych a jednocześnie ustanawiają bariery i ograniczenia dla grup wykluczonych. Przyznany szeroki zakres praw obywatelskich zapewnić ma kompensację powstałych nierówności oraz integrację społeczną<sup>32</sup>.

Kompleksowe i syntetyczne ujęcie definicji wykluczenia społecznego, w kontekście przeprowadzonych powyżej rozważań, wydaje się procesem wysoce skomplikowanym. Przedstawione różne nastawienia metodologiczne oraz paradygmaty badawcze utrudniają sformułowanie jednolitej definicji. Pomocne okazać mogą się zabiegi, które reprezentują tzw. podejścia opisowe wykluczenia społecznego.

Pierwsze podejście przedstawia obszary, w których występuje zjawisko wykluczenia z życia społecznego wraz z charakteryzującymi je wskaźnikami. Zakres obszarów przedstawiony w poniższym katalogu (tabela 1) obejmuje tzw. szerokie ujęcie.

Polityczny i instytucjonalny wymiar wykluczenia społecznego akcentuje ograniczenia prawne w sferze praw politycznych i praw społecznych oraz warunków ich realizacji. Analizie poddawane są także organizacja i efektywność działania instytucji publicznych.

Wykluczenie społeczne w przestrzeni ekonomicznej koncentruje się na barierach dostępu do rynku pracy i związanych z nim dochodów z pracy, które warunkują społeczną integrację. Ważnym aspektem staje się także ukazanie bezpośrednich efektów tego zjawiska w postaci: bezdomności, bierności, nieprzestrzegania norm społecznych, osłabienia więzi rodzinnych, które to prowadzić mogą w konsekwencji do pojawienia się wielowymiarowej nierówności czy *underclass*.

Przykład drugi podejścia opisowego koncentruje się na rozważaniach procesu wykluczenia społecznego w kontekście jego powstawania na różnych poziomach społecznych. Zestawienie graficzne wskazanych poziomów nosi nazwę „diagramu cebuli” (rysunek 1).

Schemat prezentuje wzajemne zależności zachodzące między kolejnymi poziomami społecznego wykluczenia – jednostki pozostają pod skumulowanym wpływem rodziny, otoczenia, wspólnoty i w końcu całej społeczności. Wartość eksplanacyjną ujęcia diagramowego można rozpatrywać w aspekcie temporalnym, umożliwia on bowiem dynamiczną perspektywę badawczą, ukazującą rozszerzanie się społecznego wykluczenia w czasie, ale także powiązania między poziomami i wzajemne warunkowanie.

<sup>31</sup> P. BRODA-WYSOCKI: *Wykluczenie i inkluzja społeczna...*, s. 47.

<sup>32</sup> Por. D. LEPIANKA: *Czym jest wykluczenie społeczne?* „Kultura i Społeczeństwo” 2002, T. 46, nr 4, s. 13.

TABELA 1. Obszary i wskaźniki wykluczenia społecznego

Obszar	Wskaźnik
Polityczny	brak praw politycznych; niska frekwencja wyborcza; niski poziom aktywności lokalnej; społeczne niedostosowanie; brak większej aktywności politycznej; bezsilność w sprawach politycznych.
Instytucjonalny	Niedorozwój instytucji publicznych: sądowniczych; obywatelskich; bezpieczeństwa; zła administracja; korupcja; ograniczenie zabezpieczenia społecznego.
Ekonomiczny	długotrwałe bezrobocie; przypadki <i>job insecurity</i> ; gospodarstwa domowe bez osób pracujących; niskie dochody.
Społeczny	zerwanie więzi rodzinnych; niechciane ciążę; bezdomność; przestępczość; niesatysfakcjonujące warunki życia.
Otoczenie i sąsiedztwo	degradacja środowiska; zła jakość zasobów mieszkaniowych; brak usług lokalnych; upadek więzi społecznych i brak wspomagania się w sytuacjach kryzysowych (obojętność).
Jednostkowy	zła kondycja fizyczna i psychiczna; nieodstateczne umiejętności i poziom edukacji.
Przestrzenny	koncentracja (getta); marginalizacja grup społecznych.
Grupowy	Wyodrębnienie grup szczególnej podatności na wykluczenie społeczne: osoby starsze; osoby niepełnosprawne; mniejszości etniczne.

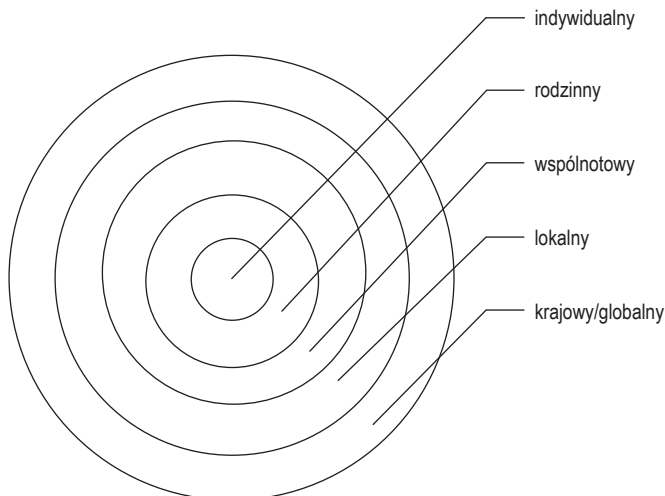
ZRÓDŁO: S. GOLINOWSKA, P. BRODA-WYSOCKI: *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć*. W: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania, metody, wyniki*. Red. S. GOLINOWSKA, E. TARKOWSKA, I. TOPIŃSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2005, s. 38.

Dotychczasowe rozważania nad naturą wykluczenia społecznego pozwalają na wysunięcie zasadniczego wniosku, że zjawisko to charakteryzuje wieloprzyczynowość, zależność od zachowania samych jednostek, środowiska społecznego lub uwarunkowań politycznych. Złożoność analizowanej problematyki dodatkowo pogłębia wielowymiarowość, w której kolejne aspekty mogą ulegać wzajemnemu potęgowaniu się, w efekcie



czego jednostki i grupy społeczne – znajdujące się w sytuacji wykluczenia społecznego – mogą doznać jego skutków w kilku wymiarach.

RYSUNEK 1. Wymiary wykluczenia społecznego



ŹRÓDŁO: S. GOLINOWSKA, P. BRODA-WYSOCKI: *Kategorie ubóstwa...*, s. 39.

Odwołując się do koncepcji Anthony'ego Giddensa uznającego, że: „wykluczenie społeczne odnosi się do sytuacji, w której jednostki zostają pozbawione pełnego uczestnictwa w społeczeństwie”<sup>33</sup> należy, za tym badaczem, ujmować wykluczenie społeczne w trzech wymiarach: ekonomicznym, politycznym oraz społecznym.

Wykluczenie ekonomiczne obejmuje zarówno sfery produkcji, jak również konsumpcji. W obszarze produkcji wyraża się ono poprzez utrudniony dostęp jednostek do rynku pracy, zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz bezrobocie. Przejawami wykluczenia w aspekcie konsumpcji są natomiast zjawiska ubóstwa, braku mieszkania lub mieszkania substandardowego, nieposiadania konta bankowego lub nieposiadania telefonu<sup>34</sup>.

Wykluczenie z systemu konsumpcji lub też z wybranych jej obszarów, stanowi jedną z ważniejszych form społecznej ekskluzji. Jej istota wyraża się bowiem w generowaniu barier dostępu do dóbr warunkujących zaspokojenie potrzeb oraz dążeń jednostek i grup społecznych. Dotkliwość wykluczenia z konsumpcji przejawia się zwłaszcza w odniesieniu do dóbr publicznych i infrastruktury społecznej.

Źródłem wykluczenia z systemu konsumpcji należy upatrywać w kilku zasadniczych zjawiskach, do których w pierwszej kolejności zaliczyć należy ubóstwo i związany z nim niedostatek środków finansowych, uniemożliwiający zaspokojenie potrzeb. Kolejną ważną przyczynę wykluczenia w płaszczyźnie ekonomicznej stanowi brak wy-

<sup>33</sup> A. GIDDENS: *Socjologia*. Przeł. A. SZULŻYCKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, s. 346.

<sup>34</sup> Ibidem, s. 347–348.

kształconych potrzeb oraz postaw warunkujących sposób życia; np. spędzanie czasu wolnego w sposób zupełnie bierny, przed odbiornikiem telewizyjnym, a także niskich kompetencji kulturowych, które uniemożliwiają uczestnictwo w niektórych formach kultury wysokiej. Nie bez znaczenia pozostają również uwarunkowania związane z fazami cyklu życia i odpowiadające im deficyty w sferze zdrowia, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami lub w starszym wieku.

Bariery utrudniające dostęp do form konsumpcji powstają także w wyniku izolacji przestrzennej. Peryferyjne położenie osiedli mieszkaniowych oraz wynikające z tego faktu trudności komunikacyjne, ale także brak bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej, w której zlokalizowany jest system dystrybucji, stanowią istotne wyznaczniki wykluczenia ekonomicznego.

Wyłączenie z systemu konsumpcji najczęściej stanowi jednak wynik konfiguracji wielu czynników, nosząc znamiona selektywności, która obejmuje zasięgiem wybrany wymiar tego systemu wyznaczany przez jednostki i grupy społeczne, lub przez podmioty systemu instytucjonalnego. Należy również podkreślić, że deficyt uczestnictwa w społecznie przyjętych modelach konsumpcji nie musi implikować wykluczenia ekonomicznego. Może bowiem stanowić świadomą decyzję jednostek i grup społecznych polegającą na rezygnacji z konkretnej płaszczyzny konsumpcji.

Istotny aspekt badawczy stanowi perspektywa odnosząca zjawisko wykluczenia z życia społeczno-ekonomicznego do kategorii bezpieczeństwa. Wykluczenie ekonomiczne zagraża bezpieczeństwu socjalnemu, a w skrajnej formie także egzystencjalnemu. Stwarza przez to bezpośrednie zagrożenie dla ładu oraz porządku społecznego. Nierówny podział dóbr pomiędzy poszczególne grupy, nierówności szans w dostępie do dóbr publicznych i instytucji infrastruktury społecznej oraz dyskryminacyjny charakter instytucji publicznych powodują polaryzację społeczną oraz skutkują zjawiskami ze sfery wykluczenia społecznego.

Konsekwencje wykluczenia społeczno-ekonomicznego stanowią również zagrożenie dla porządku społecznego, wpływając na radykalizowanie się postaw wśród osób i grup wykluczonych. Fakt ten wynika z psychologicznych mechanizmów społecznej frustracji, mających ujście w postaci tzw. gniewu kulturowego, który stanowi zaplecze emocjonalno-polityczne dla demagogicznych sił politycznych. W tym kontekście wykluczenie z życia społeczno-ekonomicznego należy rozpatrywać jako jeden z czynników destabilizujących system polityczny, w tym system bezpieczeństwa wewnętrznego państwa.

Istotnym niebezpieczeństwem związanym z wykluczeniem społeczno-ekonomicznym są zagrożenia, jakie niesie ono dla rozwoju społecznego. Teoria rozwoju społecznego, w odświeżeniu tzw. podstawowych potrzeb, rozszerza jego zakres poza kategorie wyłącznie materialne, postrzegając rozwój jako „proces polegający na rozszerzeniu możliwości rozwoju osobistego i społecznego poszczególnych jednostek, poprawy ich możliwości życiowych i realizacji ludzkiego potencjału”<sup>35</sup>. Powyższe rozumienie rozwoju podkreśla:

- potrzebę pożywienia, schronienia, ubrania oraz innych elementów niezbędnych do przetrwania;

<sup>35</sup> A. PAYNE, N. PHILLIPS: *Rozwój*. Przeł. M. DERA. Warszawa, Wydawnictwo Sic!, 2011, s. 145.



- potrzebę dostępu do usług: służby zdrowia, urządzeń sanitarnych, transportu publicznego, czy instytucji edukacyjnych;
- potrzebę uczestnictwa w życiu politycznym oraz procesach decyzyjnych wpływających na życie jednostek<sup>36</sup>.

Rozwój społeczny akcentuje zarówno polityczne, jak również społeczno-ekonomiczne aspekty wykluczenia, dostrzegając wzajemne powiązania. Kategoria wykluczenia z życia społecznego oraz rozwoju społecznego, a precyzyjniej jego nieprawidłowej formy w postaci *maldevelopment*<sup>37</sup>, warunkują się wzajemnie. Fred Mahler powiązał wykluczenie z zagadnieniami „złego rozwoju” przyjmując, że „*maldevelopment* stanowi źródło procesu marginalizacji dużych grup ludności bez względu na to, czy analizujemy z perspektywy materialno-ekonomicznej, czy też niematerialno-społecznej, lub z obu”<sup>38</sup>. Relacje zachodzące między wykluczeniem oraz *maldevelopment* przedstawia w sposób systematyczny tabela 2.

TABELA 2. Związki zachodzące między wykluczeniem a *maldevelopment*

Wymiar	Struktura	Proces	Skutek
Ekonomiczny	Pionowy podział pracy przy nierównym podziale dochodu	Wyzysk klas pracujących i podporządkowanych narodów	Marginalizacja wyzyskiwanych pracowników, migrantów i bezrobotnych, a także ludzi skolonizowanych
Społeczny	Pionowa struktura społeczna oparta na niesprawiedliwości	Zróznicowane i nierówne szanse dostępu do edukacji, integracji, awansu i dobrobytu	Marginalizacja prowadząca do depriwacji poprzez dyskryminację ze względu na płeć, wiek, poziom wykształcenia, dochód i pochodzenie etniczne
Polityczny	Pionowa struktura polityczna oparta na represji/manipulacji	Wykluczenie lub ograniczenie uczestnictwa w procesach podejmowania decyzji politycznych i życiu politycznym w ogóle	Marginalizacja ludzi odrzuconych na peryferie i nie posiadających lub posiadających bardzo ograniczony dostęp do władzy w „centrum”
Kulturowy	Pionowa struktura dominującej i zdominowanej kultury	Zróznicowanie na ludzi mających „wysoką” lub „niską” kulturę, wykluczenie lub ograniczenie dostępu grup społecznych lub narodowych do dominującej kultury oraz przeciwdziałanie formowaniu się i rozwojowi niezależnej kultury	Marginalizacja ze względu na język, kulturę, sztukę, wartości i etos ludzi żyjących „na peryferiach”, w odniesieniu do obowiązujących wartości i norm, kultury i wiedzy dominującego „centrum”

ŹRÓDŁO: F. MAHLER: *Maldevelopment and marginality...*, s. 196.

<sup>36</sup> Ibidem.

<sup>37</sup> Por. K. KRZYSZTOFEK, M.S. SZCZEPAŃSKI: *Zrozumieć rozwój – od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2005, s. 20.

<sup>38</sup> F. MAHLER: *Maldevelopment and marginality*. In: *Insights into maldevelopment. Reconsidering the Idea of Progress*. Ed. J. DANECKI. Warsaw, University of Warsaw, 1993, s. 195.

Wykluczenie przejawia się w wielu wymiarach: ekonomicznym, społecznym, politycznym lub kulturowym, jest więc zjawiskiem wielowymiarowym, które stwarza bariery w rozwoju społecznym, warunkując także ograniczanie podmiotowości jednostek i grup społecznych, zanikanie społecznej aktywności i utrwalanie bierności.

W podsumowaniu dotychczasowych rozważań należy podkreślić podstawowe ustalenia teoretyczne. Wykluczenie społeczne stanowi rodzaj nieumiejętności uczestniczenia w podstawowych płaszczyznach życia społecznego: gospodarczej, politycznej i kulturowej, przybierając postać radykalną, gdy brak tych zdolności nosi znamiona wzajemnego wzmocnienia się. Wykluczenie społeczne definiuje również obiektywną, a zarazem subiektywną cechę ludzkiej egzystencji. W sensie obiektywnym charakteryzuje się materialną deprywacją (zblizając wykluczenie społeczno-ekonomiczne do kategorii ubóstwa) oraz naruszaniem praw socjalnych. W aspekcie subiektywnym eksponuje poczucie społecznej niższości, często wynikające z utraty dotychczasowego statusu społecznego.

Wykluczenie społeczne stanowi zatem szczególną cechę struktury społecznej, wyrażając się w ustabilizowanych wzorach stosunków społecznych, mechanizmach tworzenia i odtwarzania wykluczenia społecznego, w których jednostki i grupy pozbawiane są dostępu do zasobów ekonomicznych, do dóbr i usług społecznych i infrastruktury społecznej oraz w odmowie lub ograniczeniu podstawowych praw obywatelskich, w tym praw socjalnych, gwarantujących obywatelom wolność udziału w życiu społeczno-gospodarczym.

### 1.3. Nierówności społeczne w sferze zdrowia

Jako istotną przyczynę wykluczenia społecznego można również wskazać nierówności społeczne – kategorię stanowiącą jedną z kluczowych, a przy tym uniwersalnych cech struktury społecznej. Podstawą tych nierówności jest zróżnicowany dostęp do określonego rodzaju dóbr, zarówno materialnych, jak i niematerialnych. Henryk Domański wskazuje na naczelne zróżnicowanie: dochodów, władzy, prestiżu, stylu życia oraz uczestnictwa w kulturze<sup>39</sup>. Kategoria nierówności społecznych analizowana może być również w kontekście dostępności do dobra jakim jest zdrowie i wówczas obejmować może trzy zasadnicze aspekty:

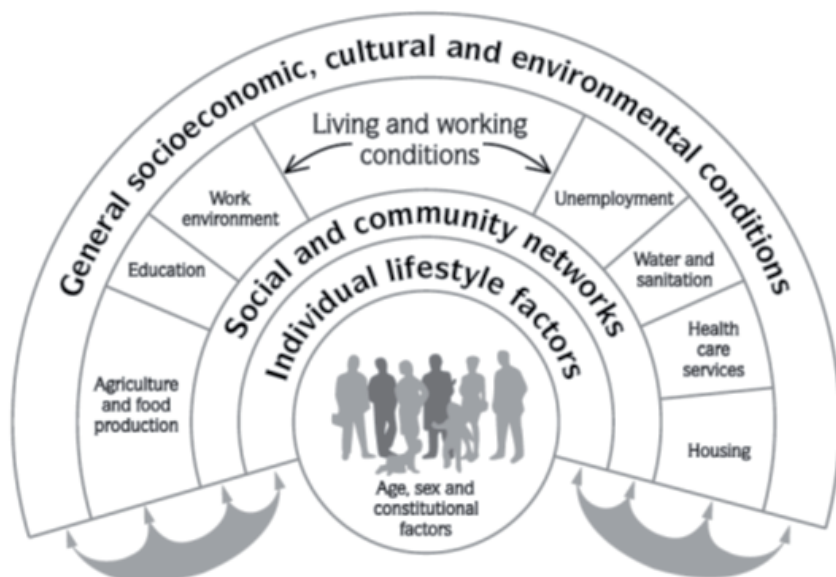
1. nierówności w stanie zdrowia;
2. nierówności dostępu do zasobów pozwalających na utrzymanie dobrego zdrowia;
3. nierówności szans, które wynikają ze społecznych, ekonomicznych i geograficznych uwarunkowań zdrowia.

Nierówności w stanie zdrowia stanowią efekt oddziaływania wielu czynników, zarówno w sferze indywidualnej, jak i w populacji. Podkreśla się, że nierówności te to „systematyczne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, występowanie bądź

<sup>39</sup> H. DOMAŃSKI: *Struktura społeczna*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004, s. 23–25.

dotkliwość problemów zdrowotnych pojedynczych osób i grup osób wyodrębnionych ze względu na czynniki społeczne, demograficzne, środowiskowe, geograficzne itp.”<sup>40</sup>. Nierówności w stanie zdrowia obejmują zatem wpływ środowiska naturalnego, ale również społecznego na życie jednostek, w szczególności na stan ich zdrowia. Najczęściej stosowanym diagramem obrazującym związek między jednostką, jej zdrowiem i otoczeniem stał się tzw. model tarczy opracowany przez Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead. Jednostki zostały umieszczone w jego centrum, a otaczające je warstwy wpływu – podobne do tarczy – oddziałują na ich zdrowie (rysunek 2).

RYSUNEK 2. Model determinantów zdrowia oraz nierówności w stanie zdrowia



ŹRÓDŁO: G. DAHLGREN, M. WHITEHEAD: *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2 (a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health)*. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2006, s. 19.

W centralnej części diagramu umieszczone zostały jednostki, które posiadają określony wiek, płeć i inne cechy konstytutywne wpływające na ich stan zdrowia i które jednocześnie w znacznej mierze są tymi cechami zdeterminowane. Otoczenie tych jednostek może zostać jednak zmodyfikowane przez działania z zakresu polityki zdrowotnej, m.in. poprzez czynniki zachowania, takie jak nawyki palenia tytoniu czy aktywność fizyczną. Kolejną sferą otaczającą jednostki jest płaszczyzna interakcji z rówieśnikami i społecznością lokalną, w którą wchodzić poszczególne osoby i które pozostają pod ich oddziaływaniem. Istotną warstwą, z punktu widzenia zdolności do utrzymania dobrego zdrowia, są warunki życia i pracy, zaopatrzenie w żywność, dostęp do podstawowych towarów i usług czy systemu ochrony zdrowia. Ostatnią sferę, niejako

<sup>40</sup> I. LASKOWSKA: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 88.

podstawy zdrowia populacji, pełnią warunki socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe. Wskazany model uwarunkowań zdrowia podkreśla zatem interakcje zachodzące między indywidualnym stylem życia osadzonym w normach i sieciach społecznych, a także w warunkach życia i pracy, które z kolei są powiązane z szerszym otoczeniem społeczno-gospodarczym i kulturowym.

W literaturze przedmiotu można również odnaleźć podejście, które wskazuje, że na nierówności zdrowotne, determinowane zarówno przez decyzje indywidualne, jak również polityczne, mogą mieć wpływ dodatkowe trzy rodzaje czynników: pozytywne czynniki zdrowotne, czynniki ochronne oraz czynniki ryzyka<sup>41</sup>.

Pozytywne czynniki zdrowotne przyczyniają się do utrzymania kapitału zdrowotnego. Richard G. Wilkinson zwrócił uwagę na trzy główne elementy w tej grupie, tj.: bezpieczeństwo ekonomiczne, odpowiednie warunki mieszkaniowe i bezpieczeństwo żywnościowe. Innymi ważnymi czynnikami wspierającymi zdrowie są niewątpliwie: badania kontrolne stanu zdrowia, pozytywne relacje rodzinne czy też satysfakcjonujące więzi społeczne<sup>42</sup>.

Czynniki ochronne pozwalają natomiast eliminować ryzyko zachorowania lub też ułatwiają nabycie odporności, czego klasycznym przykładem są szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym. Czynniki psychospołeczne, takie jak wsparcie społeczne oraz poczucie celu w życiu, są również coraz częściej uznawane za czynniki chroniące zdrowie<sup>43</sup>.

Czynniki ryzyka lub uwarunkowania ryzyka determinują zaś problemy zdrowotne oraz choroby i są zwykle natury społeczno-gospodarczej, bądź też związane są z określonymi zagrożeniami płynącymi ze środowiska naturalnego lub prowadzonego stylu życia.

W praktyce rozróżnienie tych grup czynników bywa trudne, a analizy koncentrują się zazwyczaj na czynnikach ryzyka, warto zatem wskazać również na czynniki pozytywne i ochronne.

Istotne czynniki ryzyka zostały zidentyfikowane przez WHO, które wskazuje na dziesięć kluczowych czynników ryzyka zachowań w regionie europejskim:

1. konsumpcja tytoniu,
2. wysokie ciśnienie krwi,
3. nadużywanie alkoholu,
4. wysoki poziom cholesterolu,
5. nadwaga,
6. zła dieta,
7. brak aktywności fizycznej,

---

<sup>41</sup> G. DAHLGREN, M. WHITEHEAD: *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2 (a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health)*. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2006, s. 20.

<sup>42</sup> R.G. WILKINSON: *The impact of inequality. How to make sick societies healthier*. London, Routledge, 2005.

<sup>43</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_WHR\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf) (dostęp: 13.05.2018).

8. narkomania,
9. ryzykowne zachowania seksualne,
10. niedobór żelaza<sup>44</sup>.

Wszystkie wskazane czynniki uznawane są za czynniki ryzyka z zakresu behawioralnego. Jednakże jako podstawa do podjęcia działań są niewystarczające w tym znaczeniu, że należy brać pod uwagę szersze determinanty zdrowia m.in. krajowe strategie wzrostu gospodarczego, które nie uwzględniają działań ograniczających ubóstwo, samo ubóstwo, nierówności dochodowe czy niski poziom spójności społecznej.

W badaniach nad uwarunkowaniami nierówności społecznych w zdrowiu podkreśla się również psychospołeczne skutki pozycji społecznej jednostki. Status społeczny postrzegany jest jako czynnik decydujący o zdrowiu, osoby z niską pozycją społeczno-ekonomiczną doświadczają bowiem więcej stresu psychospołecznego związanego z trudnościami finansowymi, a formy tego stresu mogą z kolei prowadzić do złego stanu zdrowia, czy to w wymiarze biologicznym, czy też w sferze behawioralnej. Źródeł społecznych nierówności w zdrowiu można doszukiwać się więc w strukturze społecznej, a zwłaszcza konsekwencjach wynikających z zajmowanej pozycji w hierarchii społecznej.

Istotne znaczenie w analizie nierówności w stanie zdrowia odgrywa zatem kategoria wykluczenia ekonomicznego. Korelacje między tym rodzajem wykluczenia a zdrowiem oraz jego ochroną przedstawił C.W. Włodarczyk w postaci trzech zasadniczych interpretacji<sup>45</sup>.

Interpretacja pierwsza traktuje wykluczenie jako warunkowy bądź trwały brak dostępu do systemu ochrony zdrowia. Powstałe bariery wynikają z sytuacji materialnej jednostek. Brak pracy równoważny jest w wielu wypadkach z brakiem tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, a niemożność opłacenia składki powoduje konsekwencje w postaci wykluczenia społecznego z dostępu do świadczeń systemu ochrony zdrowia. Brak możliwości korzystania ze świadczeń negatywnie warunkuje również stan zdrowia<sup>46</sup>.

Drugi sposób analizy uwzględnia czynniki związane z sytuacją społeczną, z niekorzystnym położeniem jednostek (wykluczeniem z życia społecznego) oraz ich wpływ na stan zdrowia. Zasadniczymi czynnikami warunkującymi zdrowie oraz jego brak są: ubóstwo, brak wykształcenia, pozostawanie bez pracy czy patologie życia rodzinnego. Pozycja społeczna, będąca pochodną tych zjawisk, determinuje stan zdrowia jednostek, w tym wpływa na sposób korzystania ze świadczeń systemu ochrony zdrowia. Niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna determinować może dostęp do świadczeń systemu ochrony zdrowia przynajmniej w dwóch zasadniczych formach. Pierwsza z nich ukazuje zależność między brakiem środków finansowych a niemożnością

---

<sup>44</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002, s. 7–8, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_WHR\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf) (dostęp: 13.05.2018).

<sup>45</sup> C.W. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007, s. 34.

<sup>46</sup> C.W. WŁODARCZYK: *Zdrowie a wykluczenie społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej*. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje” 1999, nr 1, s. 64.

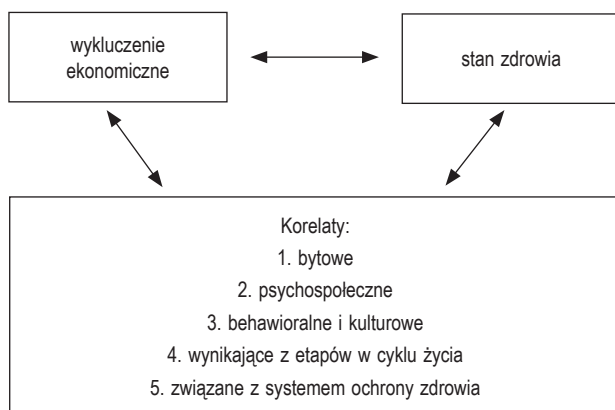
skorzystania z systemu usług publicznych w sferze zdrowia. Podejście to koresponduje z drugim ujęciem, podkreślającym, że osoby mniej zaradne życiowo i słabiej wyrażające swoje potrzeby mogą podlegać swoistemu „wypchnięciu z systemu”, co w połączeniu z nieznaną prawami i zakresem przysługujących świadczeń oraz niskim poziomem wykształcenia intensyfikuje wykluczenie społeczne w sferze zdrowia.

Ostatni sposób rozumienia związków zachodzących między zdrowiem a wykluczeniem społecznym w sferze ekonomicznej podkreśla, że zły stan zdrowia stanowi przyczynę wykluczenia społecznego, utrudnia lub uniemożliwia bowiem podejmowanie ról społecznych i ogranicza aktywność w sferze pracy. Skuteczne podniesienie poziomu zdrowia populacji wymaga działań nakierowanych na zmianę w sferze stanu świadomości zdrowotnej, propagowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję i profilaktykę zdrowia.

Pozostawanie w sferze wykluczenia ekonomicznego determinuje zatem niższy status społeczny, wiążący się z większym wpływem czynników ryzyka zdrowotnego w postaci substandardowego miejsca zamieszkania, szkodliwych warunków nieodpowiednio wynagradzanej pracy, ale również czynników związanych z zachowaniem, jak np. palenie tytoniu, zażywanie środków psychoaktywnych, brak aktywności fizycznej czy szkodliwa dieta. Wskazany zakres uwarunkowań pozwala na scharakteryzowanie podstawowych kategorii wykluczenia z życia społeczno-ekonomicznego w sferze zdrowia.

W procesie charakteryzowania zjawiska wykluczenia społecznego analizie podlega również stan zdrowia jednostek, otaczające środowisko oraz jego wpływ na życie i zdrowie jednostek, zwłaszcza jeśli jest to środowisko dysfunkcjonalne. Zależności zachodzące między wykluczeniem społecznym a stanem zdrowia wymagają jednak głębszej analizy. Między wskazanymi kategoriami zachodzą bowiem relacje, które interpretować można na wielu płaszczyznach, uwzględniając sprzężenia zachodzące między nimi (rysunek 3).

RYSUNEK 3. Relacje zachodzące między wykluczeniem ekonomicznym a stanem zdrowia



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Jednymi z najważniejszych uwarunkowań nierówności w stanie zdrowia są warunki bytowe, będące pochodną zamożności. Niski poziom osiąganych dochodów determinuje warunki życia, takie jak dostępność do instalacji sanitarnych, możliwość ogrze-



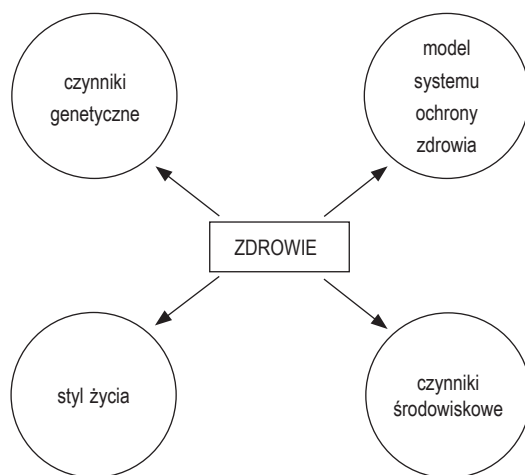
wania mieszkania, bezpieczne środowisko zamieszkania (np. brak zanieczyszczeń), ale również wpływa na zachowania prozdrowotne, jak np. sposób odżywiania się, który z jednej strony wyraża poziom zamożności, z drugiej zaś wzór kulturowy – „odziedziczony” bądź nabyty.

Pozostawanie jednostek w sferze wykluczenia społeczno-ekonomicznego wynikającego m.in. z warunków bytowych powoduje, że w zakresie ochrony zdrowia koniecznym staje się przyjęcie strategii dokonywania wyborów realizacji potrzeb zdrowotnych w warunkach ograniczonych, co przekłada się na odsuwanie bądź rezygnację z innych dóbr, np. rzadsze korzystanie z usług specjalistycznych czy brak uczestnictwa w programach profilaktycznych.

Zachowania jednostek oraz zmienne charakteryzujące styl ich życia, obejmujące zachowania prozdrowotne (np. prawidłowa dieta, aktywność fizyczna), ale również zachowania z katalogu ryzyka zdrowotnego (palenie papierosów, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, zażywanie narkotyków itp.) stanowią także ważne korelaty nierówności w stanie zdrowia. Styl życia jednostek wynika zarówno z predyspozycji osobowych (mentalnych), jak również stanowi pochodną wykształcenia, a także środowiska zamieszkania i promowanych w nim wartości, z którymi jednostka się identyfikuje.

Związek między zachowaniem a stanem zdrowia populacji został podkreślony w koncepcji tzw. pól zdrowia przedstawionej przez Marc’a Lalonde’a<sup>47</sup> (rysunek 4).

RYСУNEK 4. Model pól zdrowia według Marc’a Lalonde’a



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie M. LALONDE: *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*. Ministry of Supply and Services Canada, b.m.w. 1981, s. 31, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php> (dostęp: 20.05.2018).

Należy jednakże podkreślić, że Lalonde w przygotowanym raporcie nie dokonał próby kwantyfikacji oddziaływania poszczególnych grup czynników na stan zdrowia

<sup>47</sup> M. LALONDE: *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*. Ministry of Supply and Services Canada, b.m.w. 1981, s. 31, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php>, (dostęp: 20.09.2014).

populacji. Przedstawił jedynie analizę przyczyn kształtujących umieralność z powodu wypadków drogowych, wysuwając wniosek, że wskazana wielkość może być uzależniona w 75% od zachowań, w 20% od czynników środowiskowych i w 5% od systemu ochrony zdrowia<sup>48</sup>.

Próba oszacowania procentowego wpływu czynników na zdrowie została przygotowana przez Bernharda Badurę, który szacował, że czynniki z koncepcji Lalonde'a wpływają na umieralność z powodu chorób serca w zakresie 25% (biologia), 9% (środowisko), 54% (styl życia) i 12% (ochrona zdrowia), zaś w ogólnej umieralności ok. 20%, 20%, 50% i 10%<sup>49</sup>.

Nierówności w stanie zdrowia determinują także czynniki psychologiczne, zwłaszcza wzory radzenia sobie ze stresem, ich efektywność i istotność dla ogólnego dobrostanu. Stres stanowi bowiem element utrudniający lub uniemożliwiający budowę tożsamości jednostki w strukturze społecznej, oddziałuje na możliwość uzyskania pracy i satysfakcjonującego dochodu, generuje również inne stany chorobowe, powodując utratę pewności i poczucia bezpieczeństwa, w tym zdrowotnego<sup>50</sup>.

Analizę nierówności w stanie zdrowia można także ująć w dynamicznym układzie wyznaczanym przez etapy cyklu życia jednostki. Podejście tzw. „perspektywy cyklu życia” (*life cycle perspective*), bądź „perspektywy całego życia” (*life-course perspective*) pozwala na przedstawienie zależności pomiędzy procesami (pozytywnymi oraz negatywnymi) następującymi w kolejnych etapach życia a stanem zdrowia, który w związku z tym jest efektem procesów biologicznych zachodzących w kontekście społecznym. Podkreśla się, że warunki bytowe w okresie młodości i dorastania determinują rozwój kapitału zdrowotnego, wpływają na zachowania zdrowotne, na osiągnięty poziom wykształcenia, a przez to także na położenie społeczne w życiu dorosłym.

Warunki społeczne, wyznaczone w znacznym stopniu pozostawaniem w sferze wykluczenia społeczno-ekonomicznego, mogą ulegać swoistemu dziedziczeniu poprzez przenoszenie ich z pokolenia na kolejne pokolenie. Brak dostępu do odpowiedniej diety, warunków bytowych, zaniedbania w okresie rozwojowym w jednym pokoleniu przekładają się na niższy poziom kapitału zdrowotnego kolejnego pokolenia.

Nierówności w stanie zdrowia można zatem również definiować jako rezultat akumulacji – w okresie całego życia – ekspozycji na niekorzystne warunki, braku dostępu do zasobów ujmowanych szerzej niż tylko warunki bytu. Wymagany warunkiem w procesie zmniejszania nierówności w stanie zdrowia staje się zatem zapewnienie równego dostępu do zasobów z nim związanych, zwłaszcza inwestycje w edukację i profilaktykę zdrowotną.

Ostatnim istotnym korelatem determinującym nierówności w stanie zdrowia jest funkcjonujący system jego ochrony, a zwłaszcza dostępność świadczeń medycznych, która wyznacza również zakres bezpieczeństwa zdrowotnego. Zdrowie stanowi bowiem kapitał jednostki, który określając pozycję społeczną oraz potencjalne możliwości działania, jest jednocześnie kształtowany przez politykę społeczną oraz politykę zdrowotną

<sup>48</sup> W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna...*, s. 165.

<sup>49</sup> Ibidem, s. 165–166.

<sup>50</sup> A. OSTROWSKA: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2, s. 152.



głównie za pośrednictwem systemu ochrony zdrowia. Jednakże system ten może powodować powstawanie nierówności w stanie zdrowia poprzez tworzenie barier w dostępie osób wykluczonych czy też ubogich do usług medycznych, informacji o nich, a nawet odrzucać zasadę solidarności społecznej, która gwarantuje zakaz selekcji ryzyka zdrowotnego oraz tworzenia grup zmniejszonego ryzyka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozważania obejmujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w kontekście dostępności świadczeń medycznych i nierówności, stanowią istotny element badań umożliwiających zarówno określenie kryteriów analizy polityki społecznej oraz polityki zdrowotnej, ale również dokonanie diagnozy efektywności podejmowanych działań. Dogłębna analiza umożliwić może bowiem uzyskanie odpowiedzi na jedno z podstawowych pytań o sposób funkcjonowania wolnego rynku w sferze zdrowia z jednoczesnym zapewnieniem wszystkim obywatelom jednolitego standardu bezpieczeństwa zdrowotnego. Nie wyraża się ono bowiem jedynie w bezpiecznych i efektywnych procedurach medycznych, asekuracji przed ryzykiem chorobowym, ale również w gwarancji dostępu do świadczeń medycznych bez zasadniczych barier, przede wszystkim w oparciu o kryterium potrzeby zdrowotnej, a nie możliwości finansowych. Jednakże realizacja jedynie tej strategii zapewnienia dostępności do świadczeń medycznych powoduje powstanie istotnych problemów w zakresie funkcjonowaniu sektora zdrowia przejawiających się zwłaszcza w niedopasowaniu zasobów finansowych do wzrastających oraz zmieniających się w swej strukturze, a także w czasie i przestrzeni potrzeb zdrowotnych, powodując powstawanie nierówności w stanie zdrowia.

## Rozdział 2.

# Charakterystyka społeczno-demograficzna miasta Siemianowice Śląskie

## 2.1. Charakterystyka demograficzna miasta Siemianowice Śląskie

Pełniejsza interpretacja wyników przeprowadzonych badań wymaga poznania kontekstu, w jakim funkcjonują wskazane jednostki. Pogłębiona diagnoza w obszarze ochrony zdrowia wymaga zatem z jednej strony uwzględnienia sytuacji ekonomicznej, demograficznej i społecznej mieszkańców, z drugiej zaś kondycji finansowej samorządu, tworzących ważne determinanty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Podjęte zabiegi mają na celu przedstawienie najważniejszych informacji o ogólnej sytuacji powiatu siemianowickiego, jego mieszkańcach oraz funkcjonującego na terenie miasta systemu ochrony zdrowia.

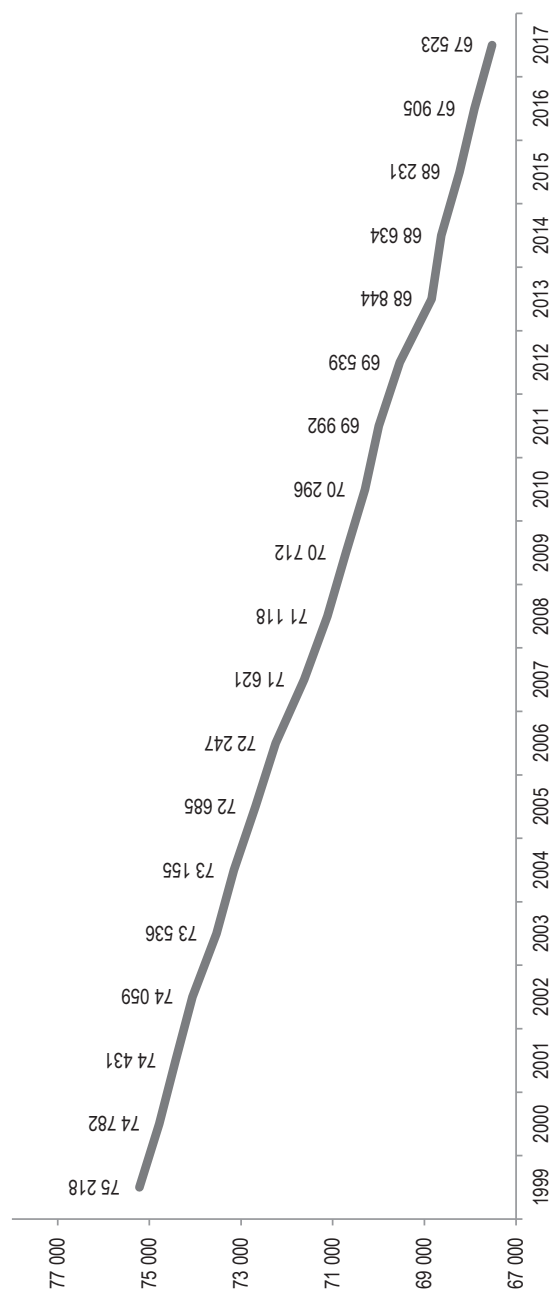
W wyniku przeprowadzonej w 1999 roku reformy administracji publicznej Siemianowice Śląskie stanowią miasto na prawach powiatu, obejmujące obszar 25,5 km<sup>2</sup> (0,2% powierzchni województwa śląskiego). Miasto cechuje jeden z najwyższych wskaźników gęstości zaludnienia w województwie – 2 648 osoby/km<sup>2</sup>. Jednocześnie należy zauważyć, że równoległą tendencją, w stosunku do wysokiej wartości wskaźnika gęstości zaludnienia, jest systematyczny spadek liczby mieszkańców miasta (począwszy od lat 90.), co stanowi odzwierciedlenie tendencji charakteryzujących sytuację demograficzną w Polsce<sup>1</sup>. W 2017 roku wartość ta wyniosła już 67 523, a w najbliższym czasie można zakładać dalszy spadek liczby mieszkańców Siemianowic Śląskich (wykres 1, wykres 2).

Zaznaczyć należy również, że obserwuje się tendencję spadkową liczby mieszkańców samego województwa śląskiego. W 1999 roku województwo zamieszkiwało 4 776 856 osób, natomiast w 2017 roku już tylko 4 548 180 (wykres 3).

---

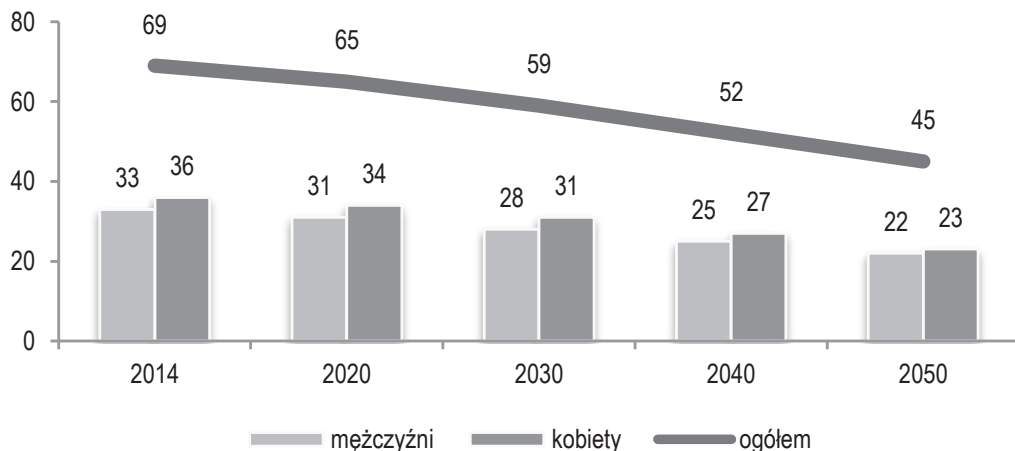
<sup>1</sup> M. BARAŃSKI, M. KUŚ, M. MITRĘGA, M. ZRALEK: *Strategia przeciwdziałania bezrobociu w Siemianowicach Śląskich. Diagnoza i kierunki działań*. Katowice–Siemianowice Śląskie, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich, 2005, s. 28.

WYKRES 1. Liczba ludności Siemianowic Śląskich ogółem wg faktycznego miejsca zamieszkania – stan na dzień 31 XII 2017



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 2. Ludność Siemianowic Śląskich w 2014 roku oraz prognoza liczby ludności na lata 2020–2050 wg płci



ŹRÓDŁO: *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2015. Miasto Siemianowice Śląskie*. Katowice, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2015.

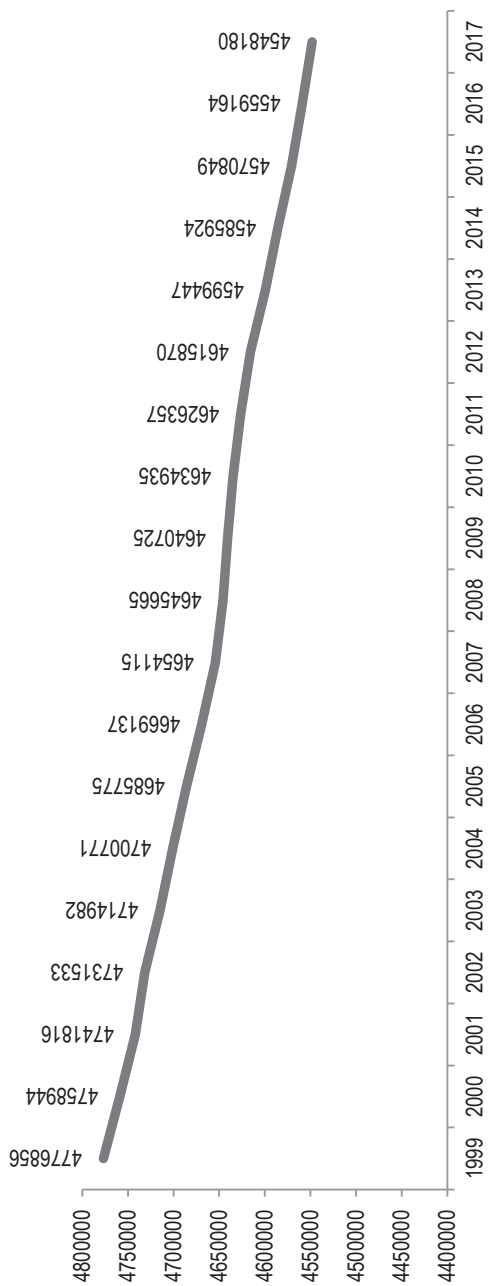
Spadkowi liczby ludności towarzyszy spadek gęstości zaludnienia zarówno w Siemianowicach Śląskich, co obrazują dane zawarte w wykresie 4, jak również i w samym województwie śląskim, gdzie współczynnik gęstości zaludnienia kształtował się na znacznie niższym poziomie (wykres 5).

Spadek liczby ludności w Siemianowicach Śląskich warunkowany jest dwoma zjawiskami: ujemnym przyrostem naturalnym oraz ujemnym saldem migracji. W latach 1999–2017 przyrost naturalny na 1000 osób w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich każdego roku był ujemny, gdy w skali całego kraju w 2006 roku odnotowano dodatnią wartość tego wskaźnika, która obecnie oscyluje wokół wartości 0 (wykres 6).

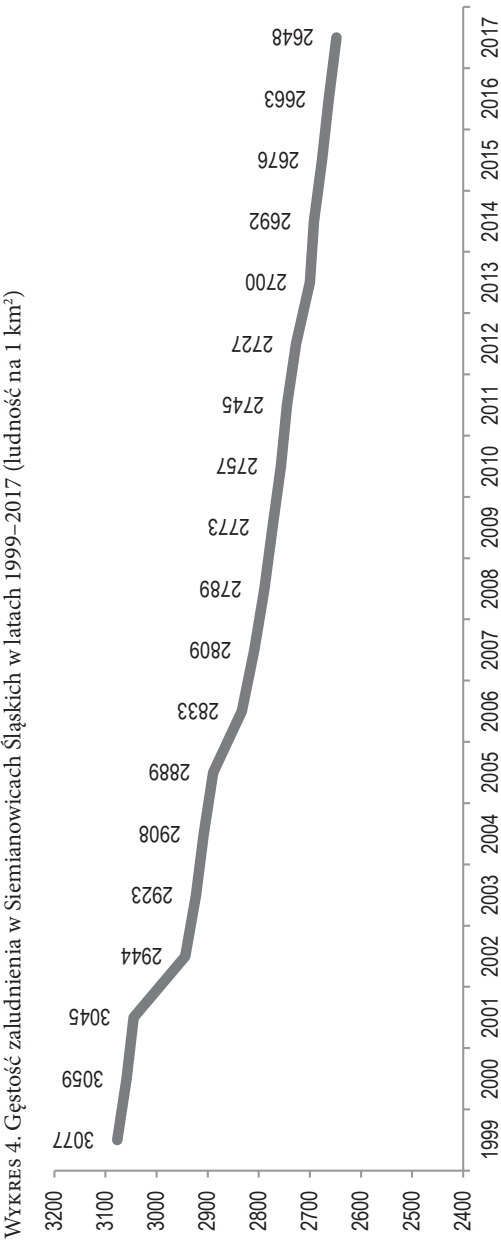
W latach 1999–2017 niekorzystnie dla miasta kształtowało się także saldo migracji wewnętrznych oraz zagranicznych na pobyt stały na 1 000 osób, bowiem współczynnik ten był ujemny w każdym roku, a poza 1999 rokiem jego wartość była niższa niż wartość dla całego województwa śląskiego (wykres 7).

Ludność województwa śląskiego oraz samych Siemianowic Śląskich podlega procesowi starzenia się ekonomicznego. Począwszy od 2009 roku zaobserwowano, że w strukturze populacji dominuje udział ludności w wieku poprodukcyjnym nad osobami w wieku przedprodukcyjnym (wykres 8), podczas gdy w Siemianowicach Śląskich negatywne tendencje w tym zakresie ujawniły się już 2006 roku (wykres 9). W 2017 roku osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowiły 16,2% populacji Siemianowic Śląskich, a ich udział w strukturze populacji na przestrzeni 15 lat spadł o 3,2% (wykres 10). W tym samym okresie udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 14,8% do 23,4% (wykres 10, wykres 12). Należy również zauważyć, że miasto cechuje także relatywnie niski udział najmłodszej grupy wiekowej w porównaniu ze średnią dla Polski (16,1%), zaś odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym jest powyżej średniej dla kraju (22,6%), (wykres 11).

WYKRES 3. Liczba ludności województwa śląskiego ogółem wg faktycznego miejsca zamieszkania – stan na dzień 31 XII 2017 roku

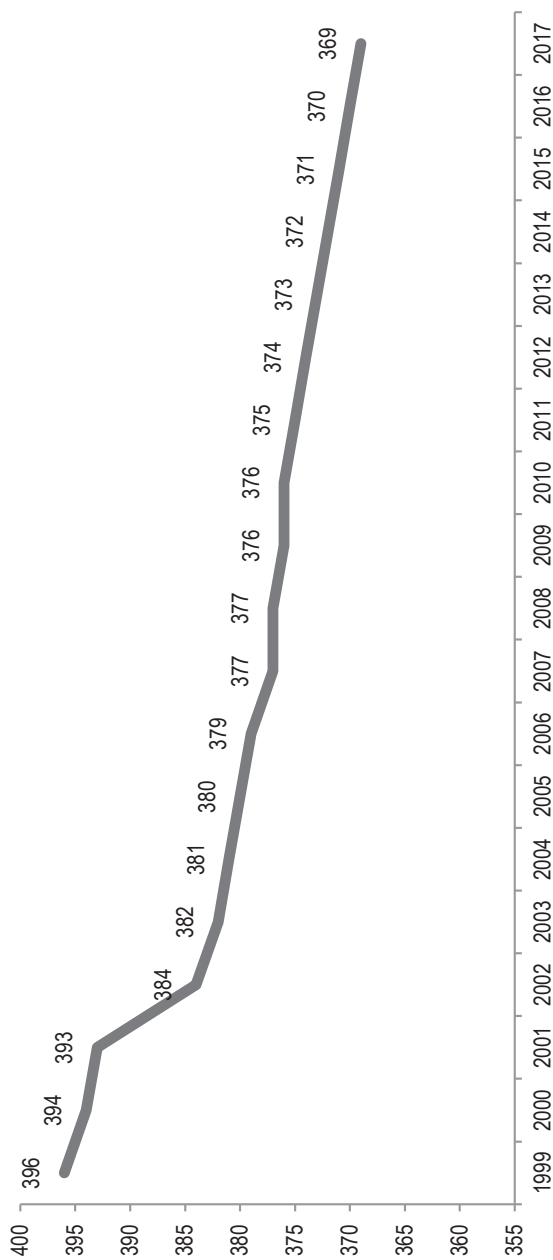


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



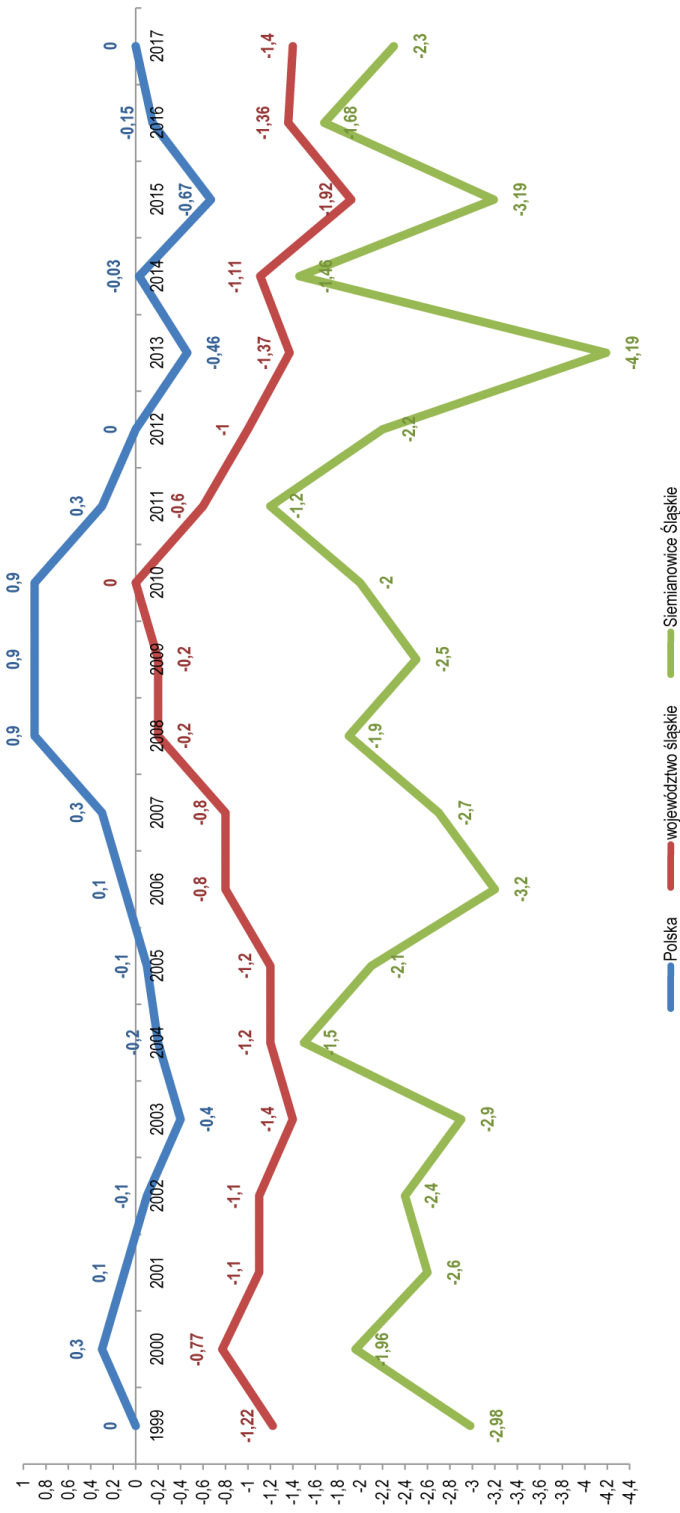
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Rocznikach Statystycznych Województwa Śląskiego z lat 2000–2002 oraz na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 5. Gęstość zaludnienia w województwie śląskim w latach 1999–2017 (ludność na 1 km<sup>2</sup>)



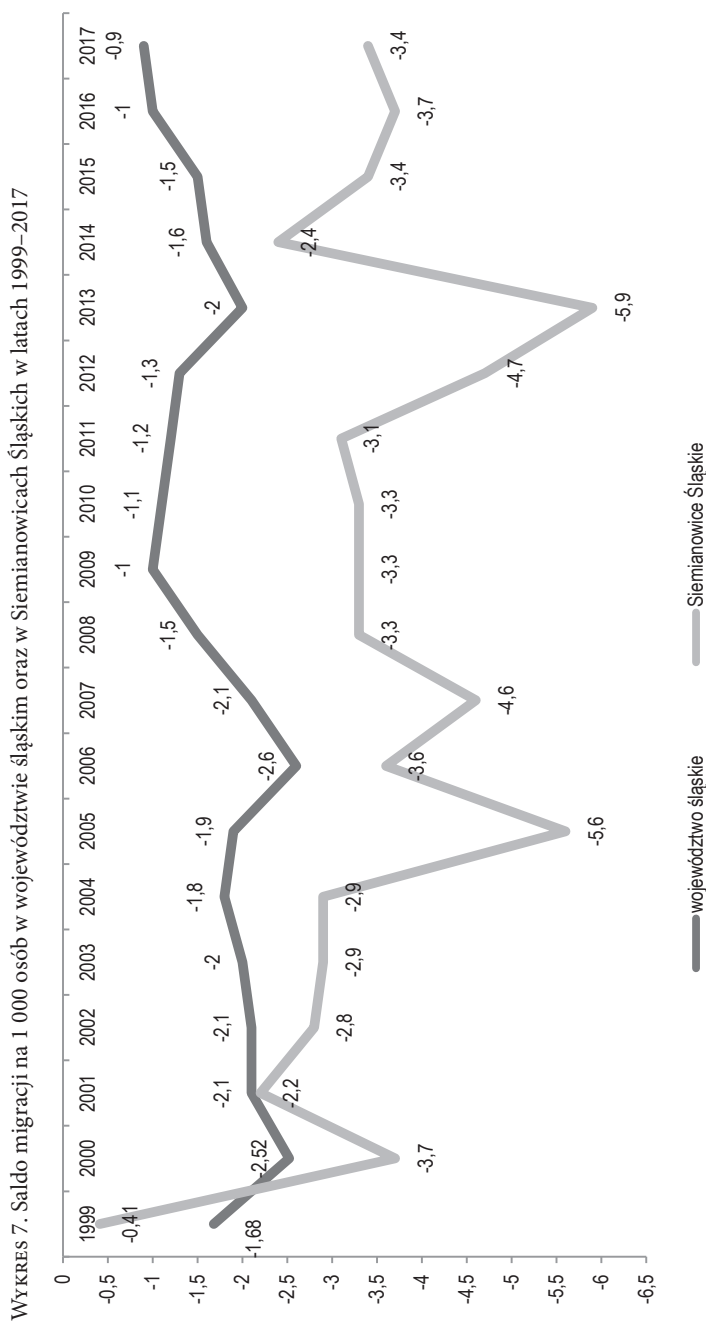
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Rocznikach Statystycznych Województwa Śląskiego z lat 2000–2002 oraz na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 6. Przyrost naturalny na 1000 osób w Polsce, w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017

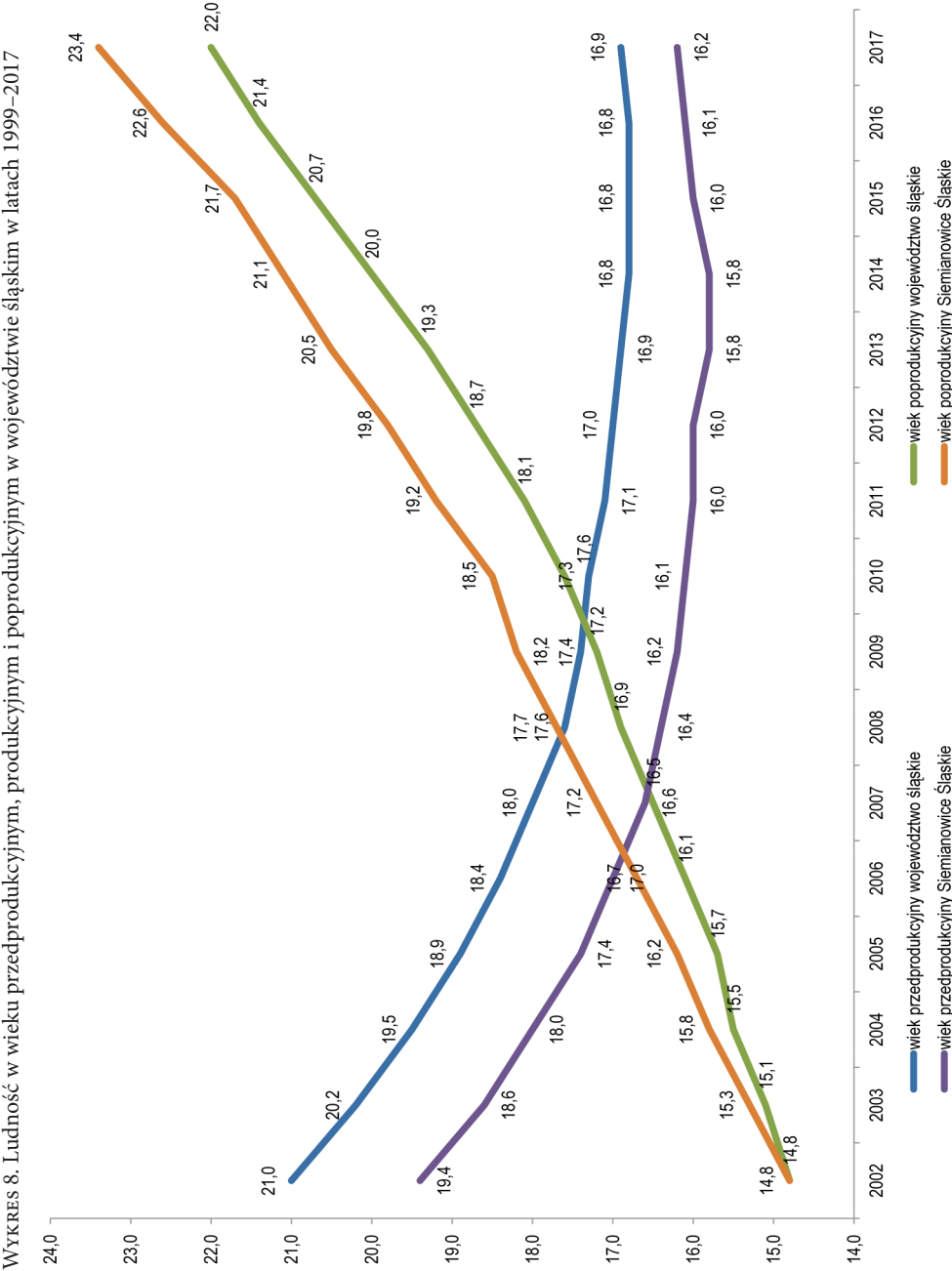


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Rocznikach Statystycznych Polski z lat 2000–2002, Rocznikach Statystycznych Województwa Śląskiego z lat 2000–2002 oraz na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



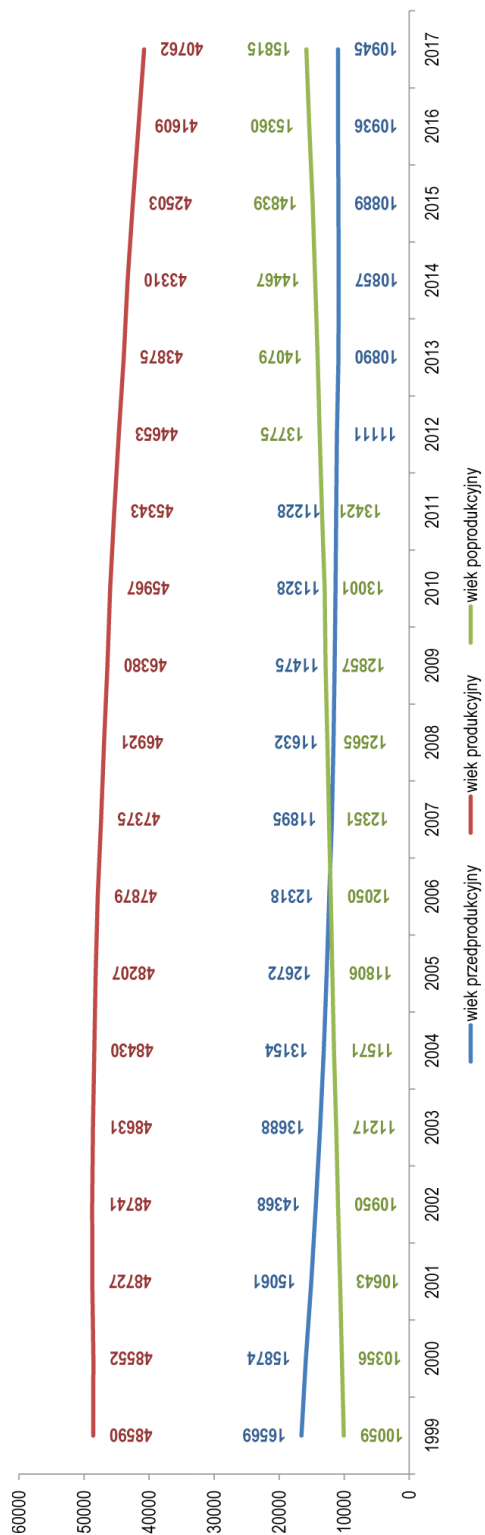


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Rocznikach Statystycznych Polski z lat 2000–2002, Rocznikach Statystycznych Województwa Śląskiego z lat 2000–2002, *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017. Miasto Siemianowice Śląskie*. Katowice, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2017.



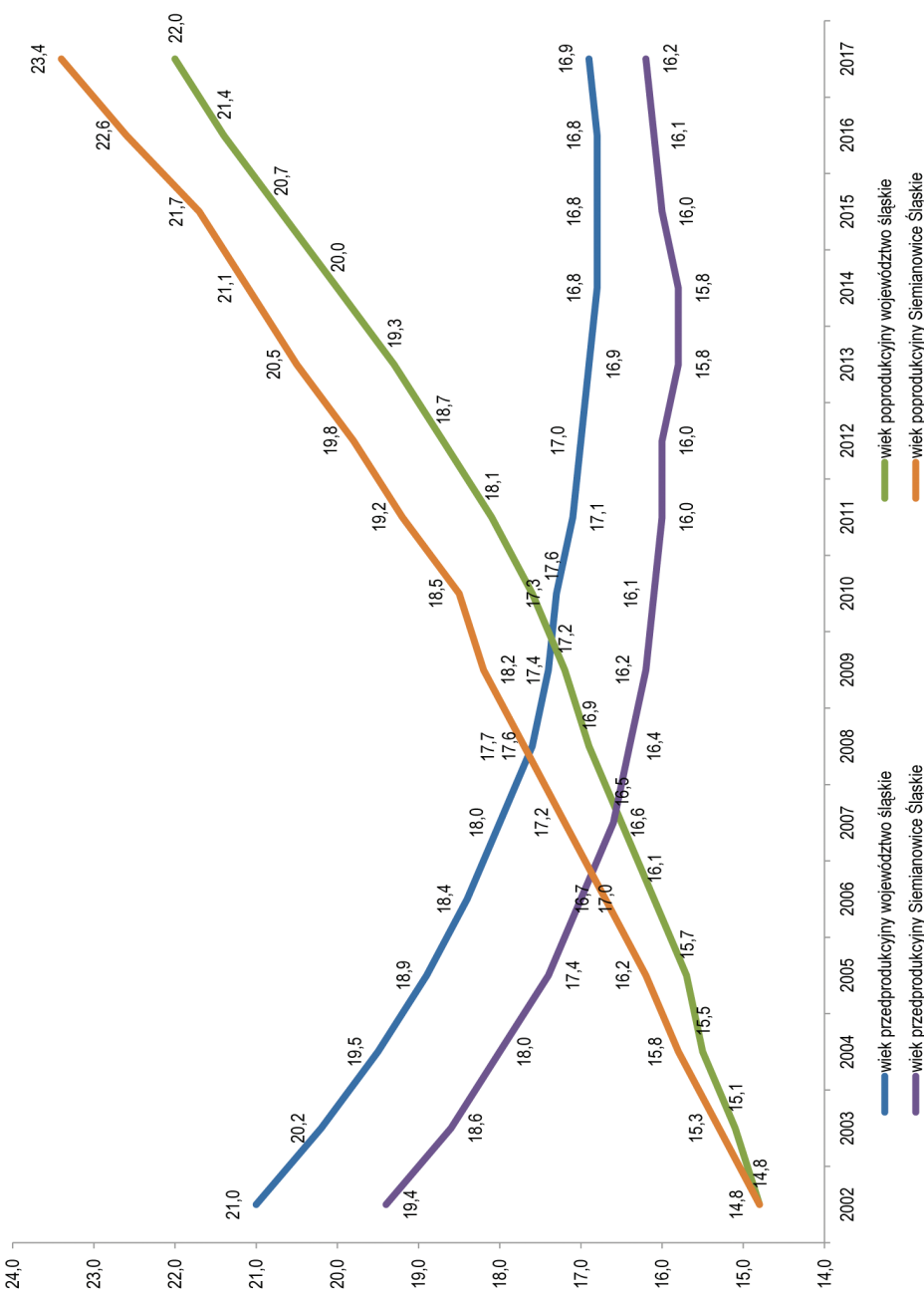
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 9. Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017



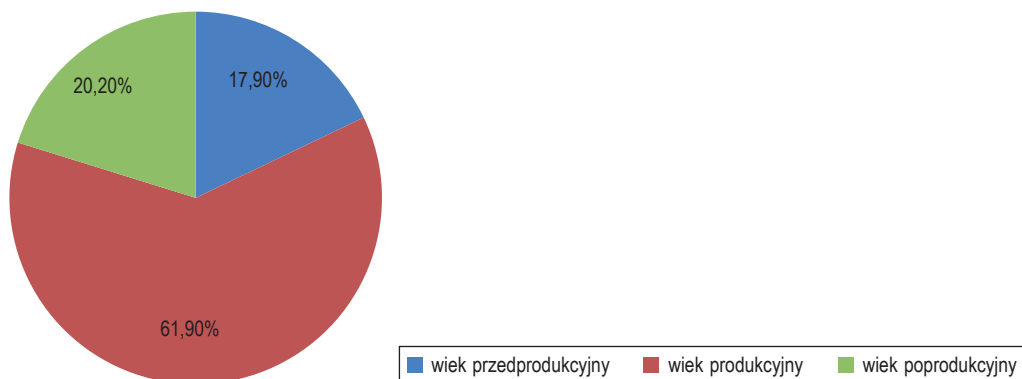
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 10. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym w % ludności ogółem w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2002–2017



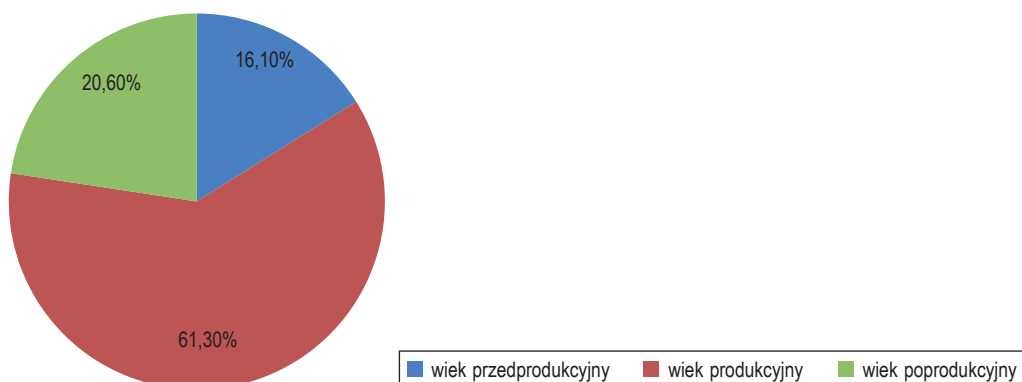
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 11. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym w Polsce w 2016 roku



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

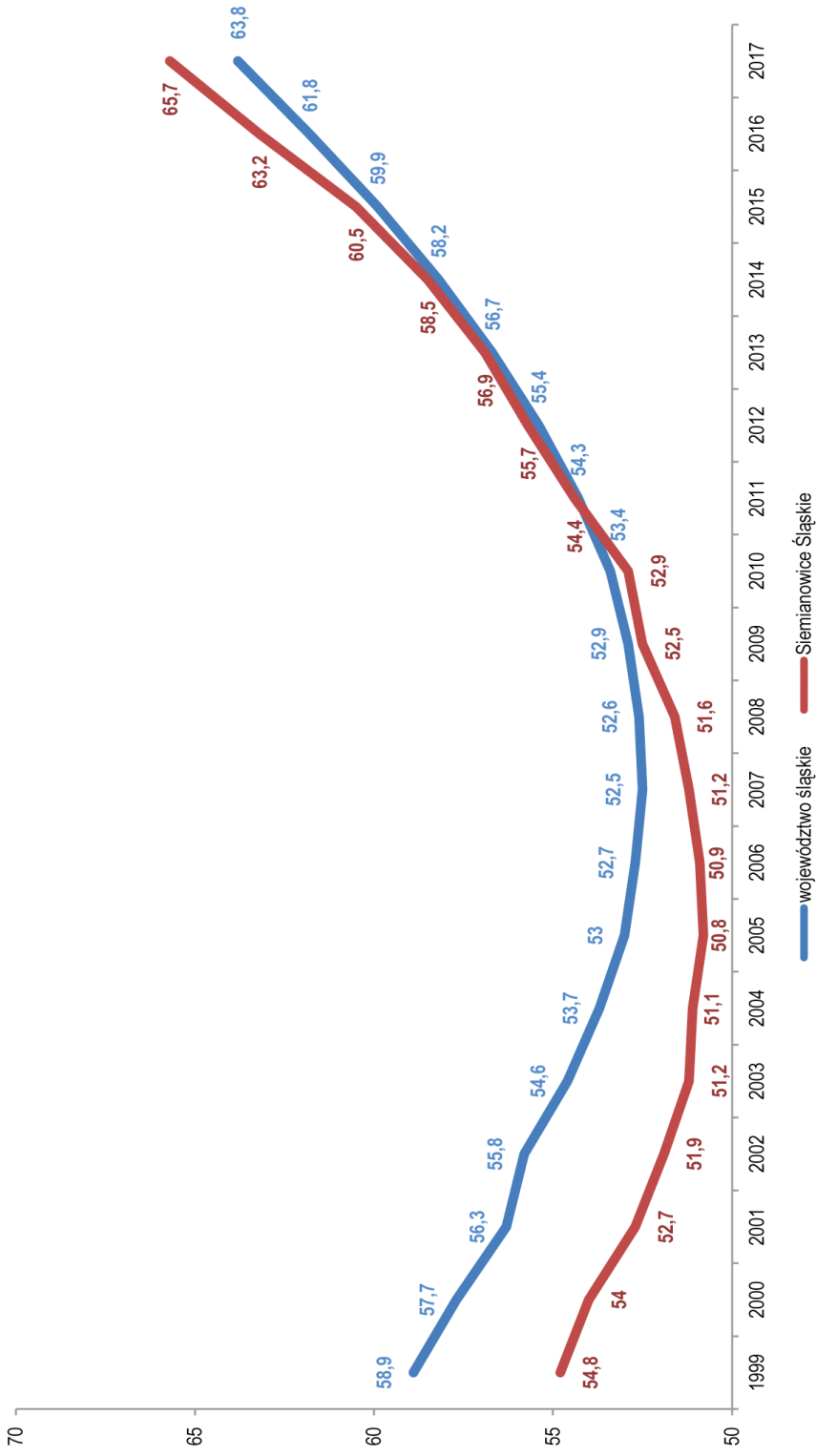
WYKRES 12. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym w Siemianowicach Śląskich w 2016 roku



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w: *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017. Miasto Siemianowice Śląskie*. Katowice, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2017.

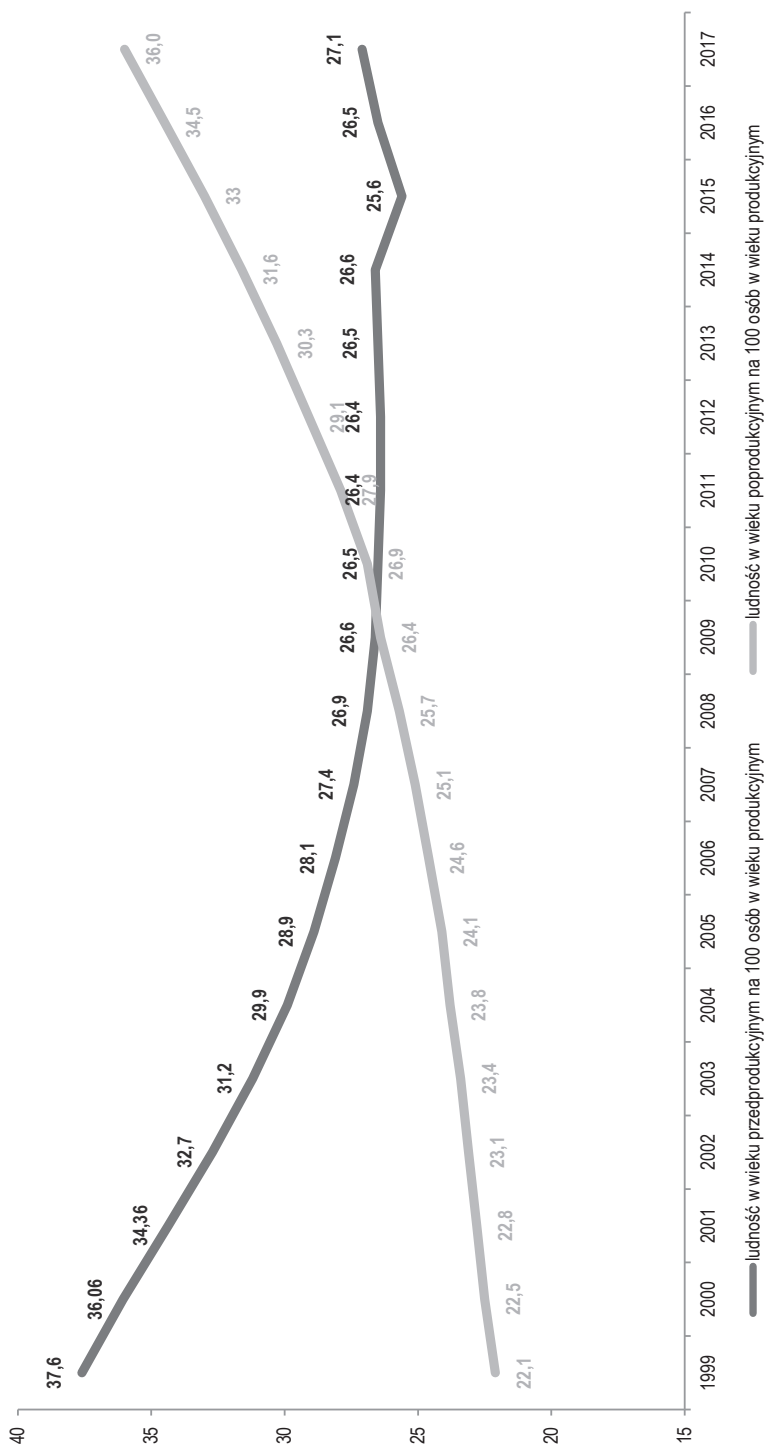
Sytuację demograficzną społeczeństwa Siemianowic Śląskich ukazuje także współczynnik obciążenia demograficznego, wyrażający obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w grupach w wieku nieprodukcyjnym (w wieku przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym). Dla Siemianowic Śląskich w 2017 roku współczynnik ten wyniósł 65,7 osoby, podczas gdy w województwie śląskim było to 63,8 osoby (wykres 13). Jednakże dokładny obraz zmian w zakresie obciążenia demograficznego województwa śląskiego oraz samych Siemianowic Śląskich obrazuje współczynnik udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym oraz udziału ludności w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. Od 1999 roku relacja osób w wieku przedprodukcyjnym do osób w wieku produkcyjnym zarówno w województwie śląskim, jak również w Siemianowicach Śląskich systematycznie spada

WYKRES 13. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa śląskiego oraz Siemianowic Śląskich w latach 1999–2017

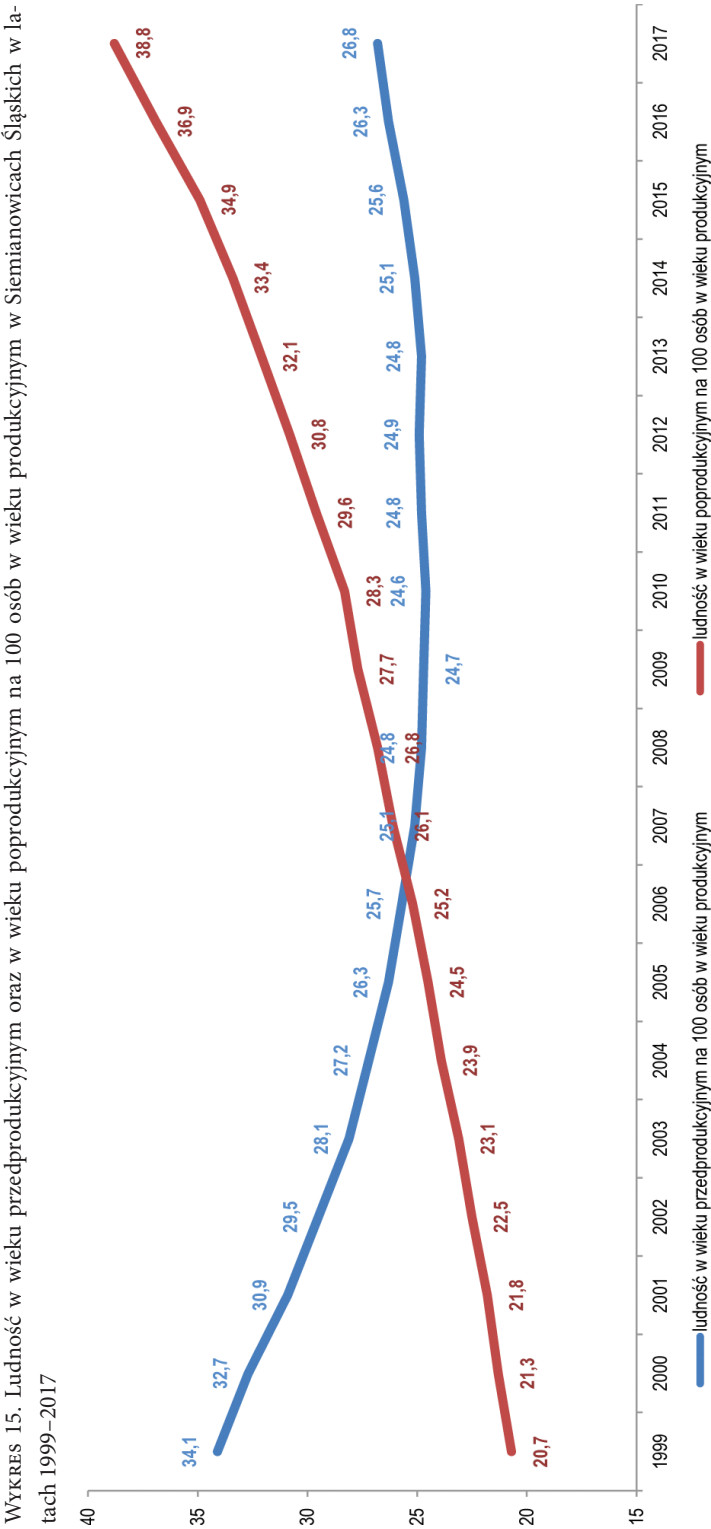


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 14. Ludność w wieku przedprodukcyjnym oraz w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w latach 1999–2017



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



– na przestrzeni 18 lat o 10,5% dla województwa śląskiego oraz 7,3% dla Siemianowic Śląskich. Równie niekorzystny stosunek występuje w stosunku liczby osób w wieku poprodukcyjnym do osób w wieku produkcyjnym, bowiem w badanym okresie w Siemianowicach Śląskich odsetek ten wzrósł o 18,1% wobec wzrostu o 13,9% dla województwa śląskiego (wykres 14, wykres 15).

Podsumowaniem przeprowadzonej powyżej analizy wybranych cech demograficznych miasta Siemianowice Śląskie jest konkluzja, iż liczba mieszkańców systematycznie spada, a pozostała populacja starzeje się szybciej niż populacja całego województwa śląskiego. Te istotne fakty powinny determinować plany, decyzje oraz działania władz miejskich zarówno w zakresie zwiększenia przyrostu naturalnego i uzyskania dodatniego salda migracji, jak również tworzenia lokalnej infrastruktury społecznej.

## 2.2. Restrukturyzacja tradycyjnych gałęzi przemysłu oraz problemy społeczne w mieście Siemianowice Śląskie

Transformacja społeczno-ekonomiczna w Polsce w znaczący sposób dotknęła miast industrialnych, których geneza i rozwój był ściśle powiązany z rozwojem i funkcjonowaniem gałęzi przemysłu ciężkiego. Branże oparte na wielkich zakładach produkcyjnych stały się więc źródłem problemów społecznych tzw. niechcianego dziedzictwa minionej epoki.

Okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej oznaczał dla Siemianowic Śląskich czas intensywnej industrializacji w kształcie socjalistycznym, czego wyraz można odnaleźć w ówczesnym określeniu miasta mianem „Miasta Węgla i Stali”<sup>2</sup>. Przemysł paliwo-wo-energetyczny oraz metalurgiczny zdominował więc powojenny obraz gospodarczy ośrodka.

W związku z zakończeniem działań II wojny światowej i bezpośrednio po wyzwoleniu wydobyte rozpoczęły kopalnie „Michał” i „Siemianowice”, które uległy nacjonalizacji, a samą kopalnię „Siemianowice” podzielono na dwa rejony: S I – teren właściwej kopalni „Siemianowice” oraz S II – teren dawnej kopalni „Huta Laura”. Wskazane kopalnie od 1945 roku weszły w skład Chorzowskiego Zjednoczenia Przemysłu Węglowego, które z dniem 1 kwietnia 1957 roku połączono z Katowickim Zjednoczeniem Przemysłu Węglowego. W wyniku podjętych dalszych prac scaleniowych i modernizacyjnych, obejmujących m.in. poszerzenie obszaru eksploatacji o pole rezerwowe „Szopienice I”, przesunięcie eksploatacji na część należącą do kopalni „Andaluzja”, oraz rozbudowę szybu zjazdowo-materiałowego „Rozalia”, kopalnia „Siemianowice” stała się największym przedsiębiorstwem w mieście, które pod koniec lat 70. zatrudniało ponad 8 tysięcy pracowników, z dziennym wydobyciem węgla na poziomie 15 700 ton<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Z. JANECZEK: *Od Sancovic do Siemianowic. Szkice z dziejów miasta i okolic*. Katowice, b.w., 1993, s. 304.

<sup>3</sup> Ibidem, s. 305–306.

Powojenną produkcję rozpoczęła także znacjonalizowana huta „Laura”, której nazwę w dniu 15 grudnia 1948 roku zmieniono na „Jedność”, co miało stanowić symboliczny gest w nawiązaniu do dokonującego się zjednoczenia polskiego ruchu robotniczego oraz powstania Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Zwiększone zapotrzebowanie na stal i żelazo determinowało rozwój huty – w 1950 roku uruchomiono wydział walcowni rur „Innocenti”, oddano do użytku III piec martenowski, a w 1963 roku rozpoczęto prace na zautomatyzowanym oddziale ciągłego odlewania stali. W 1977 roku zakład zatrudniał 4 200 osób<sup>4</sup>.

Równie istotne znaczenie dla rozwoju przemysłu w Siemianowicach Śląskich miała działalność Zakładów Remontowo-Montażowych Przemysłu Chemicznego „Kotłomontaż” utworzonych w 1953 roku, które powstały w wyniku upaństwowienia Spółdzielni Pracy „Kotłomontaż”. W Zakładach wykonywano remonty i montaż kotłów, gazogeneratorów, pieców aparatury chemicznej, a od 1969 roku również dokonywano remontów oraz montażu turbin parowych i pieców karbidowych. W 1977 roku załoga zakładu liczyła 1 600 osób<sup>5</sup>.

Znaczącym zakładem przemysłowym funkcjonującym w Siemianowicach Śląskich były Katowickie Zakłady Naprawcze Przemysłu Węglowego. Utworzone w 1958 roku wytwarzały modele, odlewy z brązu, aluminium i żeliwa, części do wszystkich maszyn i urządzeń górniczych, oraz urządzenia służące do wydobywania węgla, a także wagi wagonowe i taśmowe. Głównym zadaniem zakładów było jednak zapewnienie ciągłej i bezawaryjnej pracy kopalń w sferze transportu oraz mechanicznej obróbki węgla.

Działania wojenne nie spowodowały znaczących szkód na terenie siemianowickiej Fabryki Śrub i Nitów, w związku z czym bezpośrednio po wyzwoleniu kontynuowała produkcję śrub z nakrętkami, nitów, podkładek, które przeznaczone były dla przemysłu górniczego oraz motoryzacyjnego – głównie dla linii produkcyjnych traktorów „Ursus” oraz samochodów „Fiat” 126p.

W maju 1945 roku produkcję podjęła także Huta Szkła „Siemianowice”, początkowo ograniczając się do produkcji baloników żarówkowych i termosów. W 1965 roku zmieniono profil produkcyjny, wytwarzając jedynie termosy eksportowane do ZSRR, Jugosławii, Bułgarii, Włoch, Francji, RFN i na Wyspy Kanaryjskie. Od 1977 roku wytwarzano w tej hucie unikatowe szkło artystyczne.

Zakład Cukierniczy „Hanka” również zainicjował produkcję w 1945 roku – po odnalezieniu i zainstalowaniu wywiezionych przez okupanta maszyn, na których do 1958 roku zakład prowadził działalność. Procesu modernizacji linii produkcyjnej dokonano dopiero w latach 1959–1968. W 1966 roku przeprowadzono konsolidację Zakładów Cukierniczych „Olza” z Cieszyna i Zakładów „Zagłębianka” z Będzina, w wyniku której zakład zmienił nazwę na Śląskie Zakłady Przemysłu Cukierniczego „Hanka”. W „Hance” produkowano głównie cukierki czekoladowe (m.in. „Michałki”). W 1977 roku zakład zatrudniał 2 262 pracowników, w tym 1 864 kobiety<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Huta „Jedność”. *Fakty i ludzie*. Siemianowice Śląskie, Huta „Jedność” S.A. w Siemianowicach Śląskich, 1996, s. 40–43.

<sup>5</sup> M. DERUS: *Z dziejów przemysłu Siemianowic Śląskich*. Siemianowice Śląskie, Urząd Miasta Siemianowice Śląskie, 2012, s. 84–85.

<sup>6</sup> Z. JANECZEK: *Od Sancovic do...*, s. 308.

W 1960 roku przy kopalni „Michał” powołano Polsko-Węgierską Górnictw Spółkę Akcyjną „Haldex” (współpraca w ramach RWPG), której celem była eksploatacja i przeróbka starych zwałów hałd, a także materiału pochodzącego z bieżącej produkcji kopalni. Przy „Haldexie” w 1974 roku powstały Zakłady Kruszyw Lekkich dla budownictwa. Działalność przywołanych przedsiębiorstw spowodowała, że z obszaru Siemianowic Śląskich zniknęły stare zwałowiska odpadów górniczych<sup>7</sup>.

W okresie PRL przemysł budowlany stanowił nowy rozwijający się dział produkcji w Siemianowicach Śląskich. W 1974 roku uruchomiono bowiem Kombinat Budownictwa Węglowego „Fabud”, składający się z fabryki domów w Siemianowicach Śląskich i Mysłowicach, Zakładu Robót Inżynierskich w Świętochłowicach oraz Zakład Studiów i Projektów w Katowicach. „Fabud” podjął kooperację z „Haldexem” oraz Zakładem Kruszyw Lekkich, którego zadaniem było przetwarzanie kruszywa na elementy budowlane, z których następnie wznoszono budynki mieszkalne. W okresie PRL działał także w mieście browar, który do 1950 roku wchodził w skład Browarów Tyskich w Tychach, produkując jedynie piwo słodowe, a od 1962 roku produkował piwo jasne, będąc już samodzielnym podmiotem. W latach 1962–1965 przeprowadzono prace modernizacyjne linii produkcyjnej, w wyniku których wzrosła wydajność produkcji do 700 000 hl w 1977 roku<sup>8</sup>.

Na terenie miasta utworzono także w 1976 roku kolejne przedsiębiorstwo – Katowickie Przedsiębiorstwo Gospodarki Materiałowej i Transportu Przemysłu Węglowego (tzw. „Transmag”), które zaopatrywało materiałowo oraz technicznie kopalnie i zakłady Katowickiego Zjednoczenia Przemysłu Węglowego. W mieście funkcjonowało również Przedsiębiorstwo Budownictwa Hydrotechnicznego, Oddział Robót Strzałowych „Energo-pol – 2”, którego zakres prac obejmował roboty strzałowe przy budowach hydrotechnicznych (porty morskie, zbiorniki i zapory wodne). Zakład ten prowadził także prace m.in. przy powstawaniu takich obiektów jak: Port Północny, Huta „Katowice” czy elektrownia „Porąbka-Żar”. Niezależnie od wymienionych powyżej zakładów przemysłowych, w analizowanym okresie w Siemianowicach Śląskich, funkcjonowały ponadto: Zakład Blacharski Katowickich Zakładów Przemysłu Terenowego, Zakłady Piekarnicze, Wytwórnia Wód Gazowanych, Zakład Poligraficzny Sosnowieckich Zakładów Przemysłu Terenowego, a także powołano spółdzielnie pracy, np.: Spółdzielnię Pracy Remontowo-Konserwacyjną „Budowlani”, Krawiecką Spółdzielnię Pracy im. M. Kasprzaka, Spółdzielnię Inwalidów im. Powstańców Śląskich oraz Górnośląską Spółdzielnię Ogrodniczą w Katowicach z tymczasową siedzibą w Siemianowicach. Działalność prowadziły również przedsiębiorstwa o profilu towarowo-usługowym, jak: Przedsiębiorstwo Miejskiego Handlu Detalicznego w Siemianowicach Śląskich lub Zakłady Gastronomiczne<sup>9</sup>.

Zasadnicza funkcja miasta była zatem produkcyjna, zakłady przemysłowe determinowały rozwój gospodarczy Siemianowic Śląskich, a inwestycje miejskie traktowano jako towarzyszące, podporządkowane potrzebom wielkiego przemysłu<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 309.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Por. L. SKIBA, J. WOJTAŚ: *Lokalny rynek pracy w miastach monokultury przemysłowej w procesie zmian ustrojowych*. W: *Miasta przemysłowe we współczesnych badaniach socjologicznych*. Red. W. ŚWIĄTKIEWICZ, K. WÓDZ. Katowice, Wydawnictwo Śląsk, 1997, s. 28.

Wraz z podjętym procesem restrukturyzacji przemysłu ciężkiego po 1989 roku nastąpiła likwidacja największych zakładów przemysłowych w mieście, a wraz z tymi zmianami ujawniło się zjawisko bezrobocia przesuniętego, wynikającego z faktu odłożenia w czasie terminu zamknięcia zakładów pracy.

Proces restrukturyzacji przemysłu w Siemianowicach Śląskich rozpoczęto od siemianowickich kopalń. Już w 1989 roku podjęto decyzję o zamknięciu KWK „Michał”, a majątek kopalni przejęła spółka, której celem działania była sprzedaż pokopalnianych działek w ramach tzw. restrukturyzacji. W 1994 roku KWK „Michał” wstrzymał wydobywanie, jednak likwidacja zakładu wynikała głównie ze złego stanu technicznego obiektów i urządzeń oraz wyczerpywania się zasobów węgla kamiennego. Zespół zabudowy *Szybu Północnego* został sprzedany prywatnym przedsiębiorcom, natomiast zespół zabudowy *Szybu Bańgów* podzielono – część sprzedano, a część pozostała jako obiekt odwadniający dla pól górniczych<sup>11</sup>.

Etapowej likwidacji poddawano również kolejną kopalnię – KWK „Siemianowice”. Proces ten rozpoczął się w 1993 roku, kopalnię pod nazwą KWK „Siemianowice” – Zakład Górniczy „Rozalia” poddano działaniom związanym z rozebraniem nadszybia z wieżami wyciągowymi szybów „Staszic I” oraz „Staszic II”<sup>12</sup>. W 1996 roku z kopalni wyłączono ZG „Rozalia”, w którym znajdowały się nadal znaczne pokłady węgla, zaś w KWK „Siemianowice” nie prowadzono wydobywania, a prace ograniczały się jedynie do odprowadzania na powierzchnię zalewającej zakład wody.

ZG „Rozalię” postawiono w stan likwidacji w dniu 1 lipca 1999 roku, a wydobywanie wstrzymano z końcem września. Ostateczna likwidacja KWK „Siemianowice” wraz z ZG „Rozalia” nastąpiła 24 września 1999 roku. Część zwolnionych górników znalazła ponowne zatrudnienie w KWK „Halemba”, pozostali zostali postawieni przed dylematem znalezienia pracy, przejścia na emeryturę bądź skorzystania z Górniczego Pakietu Socjalnego, przy czym możliwe było także uzyskanie preferencyjnych pożyczek na otwarcie własnej działalności gospodarczej.

Podobne działania zastosowano w procesie restrukturyzacji Huty „Jedność” S.A., bowiem samą hutę oraz podległe jej spółki poddano stopniowej likwidacji, pomimo że w marcu 1995 roku Huta „Jedność” oraz „Stalexport” utworzyły spółkę z o.o. – Walcownia Rur „Jedność”, a budowa samej Walcowni rozpoczęła się w 1997 roku. Podjęte prace jednakże wstrzymano z inicjatywy Europejskiego Banku Odbudowy i Rozwoju, który argumentował ten fakt bezcelowością zakładu o wskazanym profilu. W 2001 roku wstrzymano całkowicie dalsze działania związane z budową walcowni, mimo iż prace nad inwestycją były wysoce zaawansowane.

Zaprzestanie w 2003 roku produkcji w Hucie „Jedność” wywołało społeczną reakcję, która wyraziła się protestami oraz akcjami strajkowymi przed siedzibami Urzędu Miasta w Siemianowicach Śląskich oraz Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. Impulsem do podjęcia wskazanych działań stały się przedstawione zamierzenia likwidacji zakładu oraz kilkunastomiesięczne opóźnienia wypłaty wynagrodzeń. Podjęte inicjatywy nie doprowadziły jednak do poprawy sytuacji, wskutek czego likwidację zaczęły ogłaszać

<sup>11</sup> M. DERUS: *Z dziejów przemysłu...*, s. 33.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 23.

poszczególne spółki powiązane z Huta „Jedność”, jak: Przedsiębiorstwo Wielobranżowe „Warex” czy Zakład Produkcyjno-Handlowy „Jedność”. Huta wraz ze spółkami zależnymi zakończyła produkcję z końcem 2003 roku<sup>13</sup>. W czerwcu 2004 roku wniosek o upadłość złożyła Walcownia Rur „Jedność”, a w dniu 28 stycznia 2008 roku sąd gospodarczy w Katowicach ogłosił upadłość tego podmiotu<sup>14</sup>. W dniu 3 czerwca 2015 roku blisko 16 ha terenu po hucie nabyła w drodze licytacji spółka Nexus Group Sp. z o.o.<sup>15</sup>.

Restrukturyzacja przemysłu w Siemianowicach Śląskich objęła również istniejący browar. W 1991 roku zakład przekształcono w spółkę skarbu państwa zarejestrowaną pod nazwą „Górnośląskie Zakłady Piwowskie S.A. w Zabrze”. Zakład składał się wówczas z 6 browarów w: Bytomiu, Częstochowie, Raciborzu, Rybniku, Siemianowicach Śląskich oraz Zabrzu<sup>16</sup>. W latach 1992–1993 zarząd spółki produkcję przestawił na piwo ciemne dystrybuowane w beczkach, a roczna produkcja wynosiła 74 000 hl. W latach 1996–2002 przedsiębiorstwo nosiło nazwę „Browary Górnośląskie S.A. w Zabrzu”, jednak w wyniku ogłoszenia upadłości w czerwcu 1999 roku<sup>17</sup> browar siemianowicki zawiesił produkcję, a w 2002 roku został ostatecznie zamknięty<sup>18</sup>. W lutym 2002 roku syndyk masy upadłościowej sprzedał browar prywatnemu właścicielowi, który zamierzał przekształcić budynki browarniane na lofty<sup>19</sup>.

Przemiany gospodarcze w Siemianowicach Śląskich wyjątkowo dotknęły także Śląskie Zakłady Przemysłu Cukierniczego „Hanka”, stanowiące od 1995 roku spółkę akcyjną Skarbu Państwa. W 2001 roku fabryka została sprywatyzowana i po krótkim okresie działalności w sytuacji faktycznej upadłości sprzedane zostały znaki towarowe (prawo do nazwy czekoladek), a także urządzenia do produkcji wyrobów czekoladowych. Fakt ten uniemożliwił zaspokojenie roszczeń 1382 wierzycieli oraz 1108 byłych pracowników „Hanki”. W efekcie tych działań w lipcu 2003 roku zakończono postępowanie upadłościowe, a w dniu 28 maja 2009 roku Śląskie Zakłady Przemysłu Cukierniczego „Hanka” S.A. w likwidacji zostały wykreślone z rejestru przedsiębiorstw<sup>20</sup>.

Transformacja systemu gospodarczego w latach 90. objęła również siemianowickie Wojskowe Zakłady Mechaniczne, w których remontowano przede wszystkim urządzenia rolnicze oraz maszyny używane w przemyśle górniczym i hutniczym, natomiast remonty czołgów zlecano Wojskowym Zakładom Motoryzacyjnym w Poznaniu, co powodowało, że zakład znajdował się w niekorzystnym położeniu finansowym. W 2003

<sup>13</sup> W. KEMPA: *Zwolnienia*, „Puls miasta”, 13.11.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=993/> (dostęp: 15.09.2018); W. KEMPA: *Końcowe akordy*, „Puls miasta”, 17.12.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=1122/> (dostęp: 15.09.2018).

<sup>14</sup> M. DERUS: *Z dziejów przemysłu...*, s. 57.

<sup>15</sup> *Huta Jedność sprzedana za 2,7 mln zł!*, „Dziennik Zachodni”, 3.06.2015, <http://www.dziennikzachodni.pl/artykul/3886281,siemianowice-slaskie-huta-jednosc-sprzedana-za-27-mln-zl,id,t.html> (dostęp: 15.09.2018).

<sup>16</sup> Ibidem, s. 91.

<sup>17</sup> W. KEMPA: *Będzie piwo?*, „Puls miasta”, 05.01.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=71> (dostęp: 15.09.2018).

<sup>18</sup> *Browar Laurahütte – Siemianowice*, <https://sites.google.com/site/mojezbieranie/nawosci-na-stronie/browarlaurahuette-siemianowice> (dostęp: 15.09.2018).

<sup>19</sup> M. DERUS: *Z dziejów przemysłu...*, s. 93.

<sup>20</sup> Ibidem, s. 99.



roku sytuacja zakładów uległa jednak zmianie, wygrały bowiem przetarg na dostawę dla wojska 690 sztuk Kołowych Transporterów Opancerzonych „Rosomak”, których pierwsze egzemplarze armia otrzymała w 2005 roku. Przygotowano również bazę odpowiednią do szkolenia załóg transporterów<sup>21</sup>.

Transformacja systemowa Siemianowic Śląskich wywarła niewątpliwie negatywne konsekwencje i zaważyła na jakości życia mieszkańców miasta. Pojawiło się wiele problemów społecznych, wśród których najdotkliwszym, niejako ujawnionym po 1989 roku, było wysokie bezrobocie. Analiza danych statystycznych zawartych na wykresie 16 pozwala stwierdzić, że w latach 1999–2014 stopa bezrobocia w Siemianowicach Śląskich przewyższała wartość zanotowaną dla województwa śląskiego. W latach poprzedzających akcesję Polski do struktur Unii Europejskiej bezrobocie narastało, a w 2003 roku stopa bezrobocia wyniosła 31,1%. Stan ten warunkowany był przede wszystkim postępującym procesem likwidacji przemysłu ciężkiego, a zatem natura zjawiska bezrobocia była strukturalna.

Pomimo działań utworzonego w 2000 roku Powiatowego Urzędu Pracy bezrobocie w Siemianowicach Śląskich pozostaje nadal na wysokim poziomie, przewyższającym stopę bezrobocia wyznaczoną dla województwa śląskiego – w 2014 roku różnica ta wynosiła 3%, a w 2017 – 1,3% (wykres 16). Zjawisko bezrobocia stanowi zatem nadal istotny problem społeczno-gospodarczy w mieście, warunkuje inne negatywne zjawiska, np. ubóstwo czy wykluczenie ekonomiczno-społeczne.

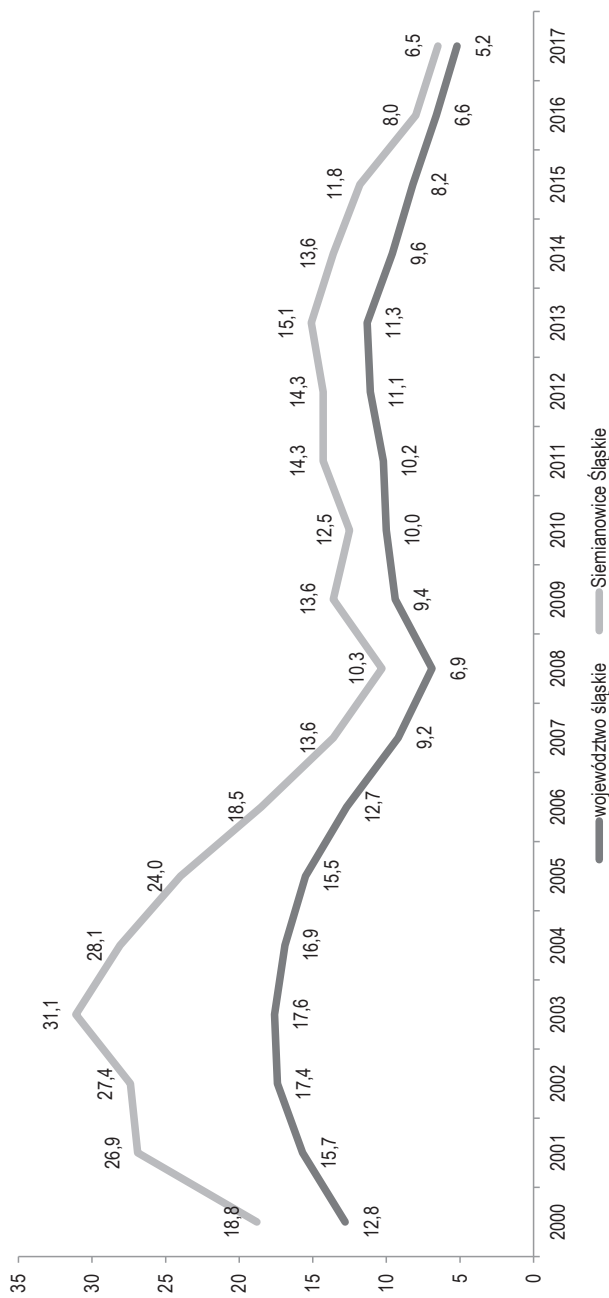
Negatywnie dla miasta kształtuje się wskaźnik przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej (wykres 17). Dokonując analizy dynamiki zmian tego wskaźnika w okresie 2002–2017 można co prawda zaobserwować tendencję wzrostową, jednakże w perspektywie rzeczywistej wynagrodzenie wyniosło w 2017 roku 4 116,13 zł (odnotowując od 2002 roku wzrost o ponad 110%), pozostając niższe niż przeciętne dla województwa śląskiego (4 481,57 zł).

Niekorzystnie kształtuje się dla Siemianowic Śląskich także wskaźnik zasięgu korzystania z pomocy społecznej, wyrażający się procentowym udziałem osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem. W okresie 2008–2014 wskaźnik obliczany dla miasta znacznie przewyższał średnią dla województwa śląskiego. Ponadto od roku 2009 oscyluje wokół wartości 8%, a w 2016 roku był wyższy o ponad 3 punkty procentowe od średniej dla województwa (wykres 18).

Informacje o występujących problemach społecznych w Siemianowicach Śląskich znajdują się także w sprawozdaniach z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. We wskazanych dokumentach źródłowych wymieniono m.in. powody trudnej sytuacji życiowej klientów MOPS, która stanowiła podstawę przyznania świadczenia w ramach pomocy społecznej. Głównymi przyczynami były zatem: ubóstwo, bezrobocie, niepełnosprawność oraz bezzadność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego (wykres 19). Należy również zaznaczyć, że struktura przyczyn korzystania z pomocy społecznej nie ulega znaczącej zmianie, a ubóstwo wciąż stanowi podstawowy problem społeczny w mieście (wykres 20). Wsparcia z tego tytułu w 2016 roku udzielono 2 058 gospodarstwom domowym (łącznie 5 029 osobom).

<sup>21</sup> Ibidem, s. 73.

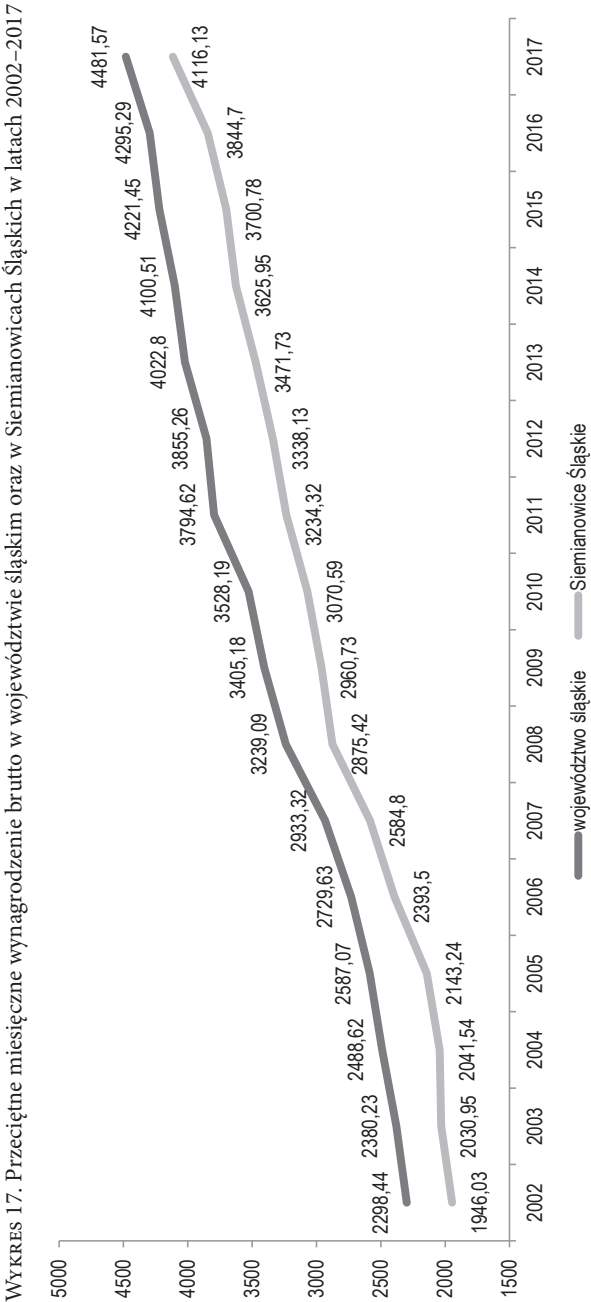
Wykres 16. Stopa bezrobocia rejestrowanego wyrażona w procentach w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017



\* Dla 1999 roku dane przedstawiono łącznie dla m. Chorzowa i m. Siemianowice Śląskie.

\*\* Dla 2002 roku dane przedstawiono z uwzględnieniem wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002 r.

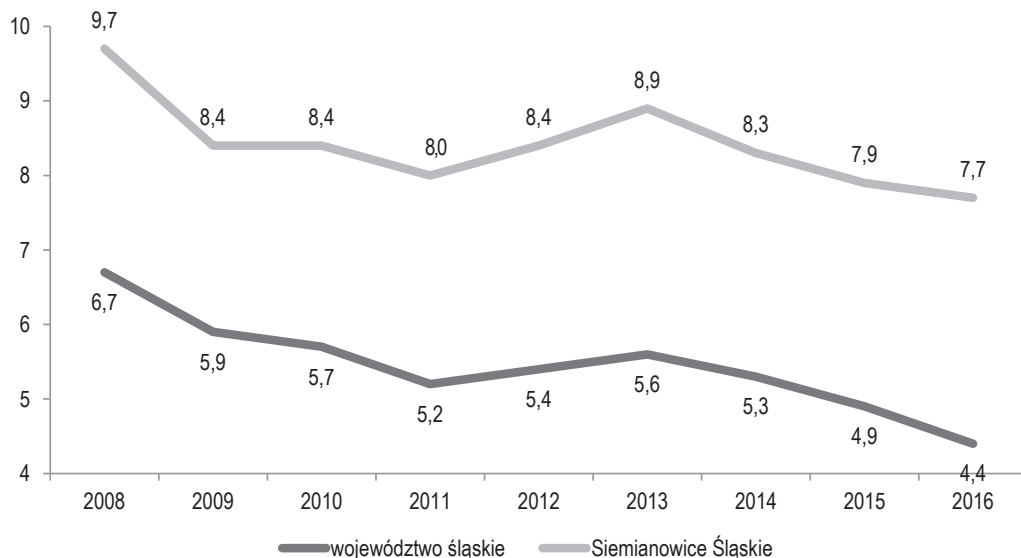
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Rocznikach Statystycznych Województwa Śląskiego z lat 2000–2001 oraz na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



WYKRES 18. Zasięg korzystania z pomocy społecznej wg kryterium dochodowego w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2008–2016



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Pośród gospodarstw domowych stanowiących klientów MOPS w 2012 roku zasiłki okresowe przyznano 1 759 (4 299 osób łącznie, co stanowiło 6,14% mieszkańców miasta, którzy skorzystali z tej formy wsparcia osób ubogich<sup>22</sup>). Średnia wysokość zasiłku okresowego udzielonego przez MOPS wyniosła 218,45 zł, a łącznie na zasiłki okresowe w 2012 roku wydano 2 844 760 zł i całość środków pochodziła z budżetu centralnego<sup>23</sup>.

Działania MOPS w Siemianowicach Śląskich nie ograniczają się jedynie do realizacji ustawowych obowiązków. Na uwagę zasługuje metoda inwentaryzowania, prezentacji oraz analizy problemów społecznych miasta w formie *Atlasu problemów społecznych miasta Siemianowice Śląskie*<sup>24</sup>, który zawiera ważne zjawiska i problemy społeczne występujące na terenie miasta oraz określa ich zakres. Atlas stanowi instrument polityki miejskiej, a wchodzące w jego skład opracowania oraz mapy stanowią punkt wyjścia do pracy służb społecznych, zawiera on bowiem mapy punktowe przedstawiające: problemy alkoholowe, bezrobocie, pomoc społeczną, przestępczość i wykroczenia oraz przestępstwa kryminalne<sup>25</sup>.

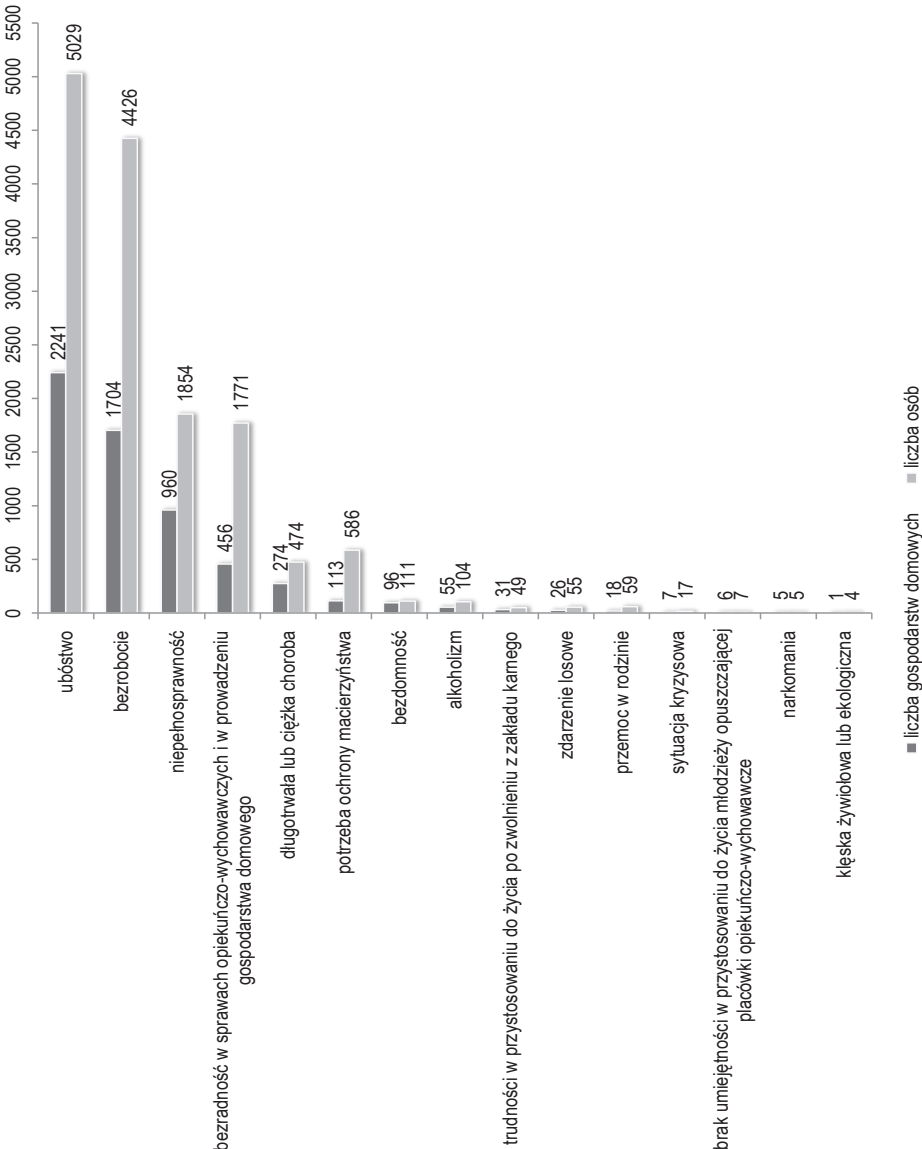
<sup>22</sup> Dochód nie mógł przekroczyć 477 zł w przypadku osób samotnie gospodarujących lub też 351 zł na osobę w rodzinie.

<sup>23</sup> *Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2011*. Siemianowice Śląskie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2012, s. 12.

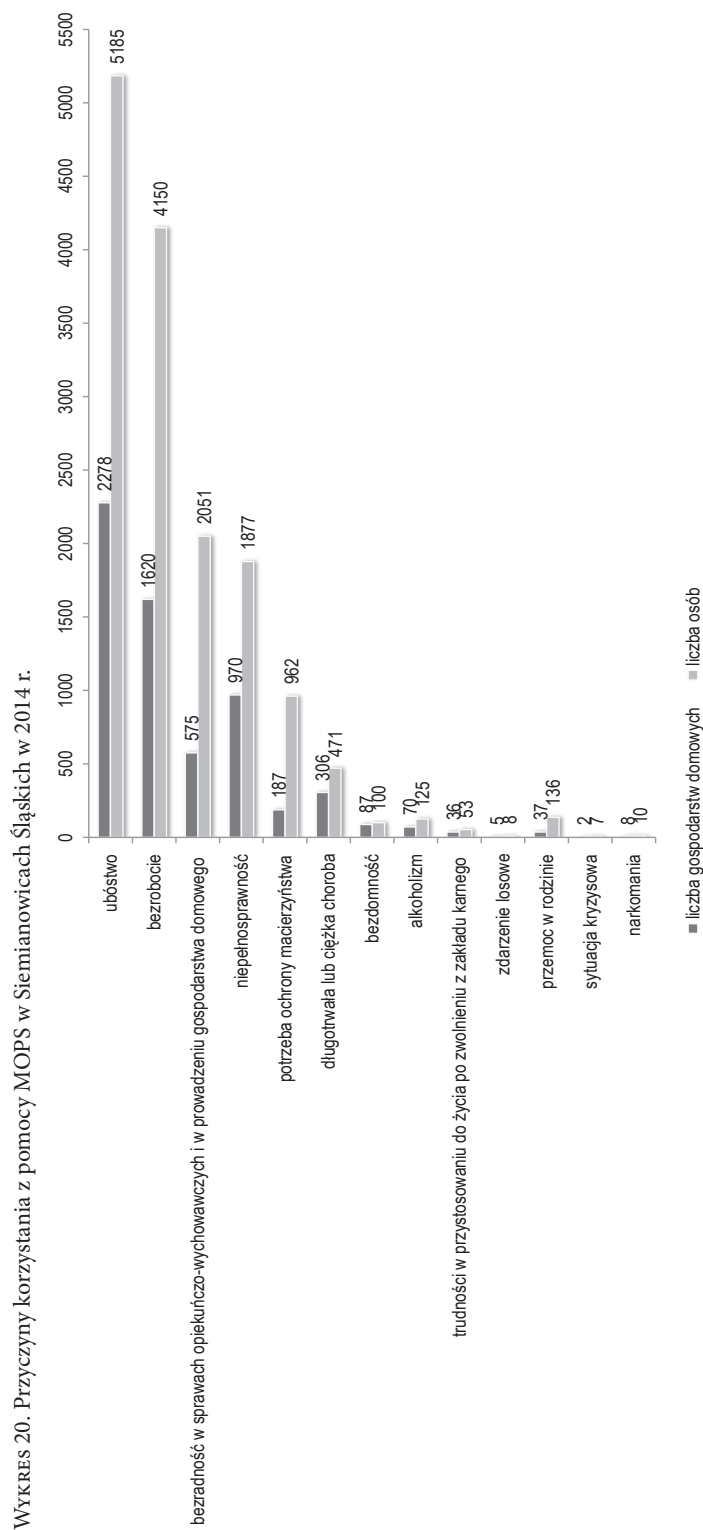
<sup>24</sup> Podstawę prawną stanowi Uchwała Nr 3/XXXVI/2001 Rady Miasta Siemianowic Śląskich z dnia 4 października 2001 roku w sprawie uchwalenia „*Atlasu problemów społecznych*”.

<sup>25</sup> Por. K. CZEKAJ, A. NIESPOREK, M. ZAWARTKA: *Atlas problemów społecznych miasta Siemianowice Śląskie: 1999/2000*, T. 1–2, *Problemy alkoholowe; bezrobocie; pomoc społeczna; przestępczość kryminalna. Raport badawczy*. Siemianowice Śląskie, 2001.

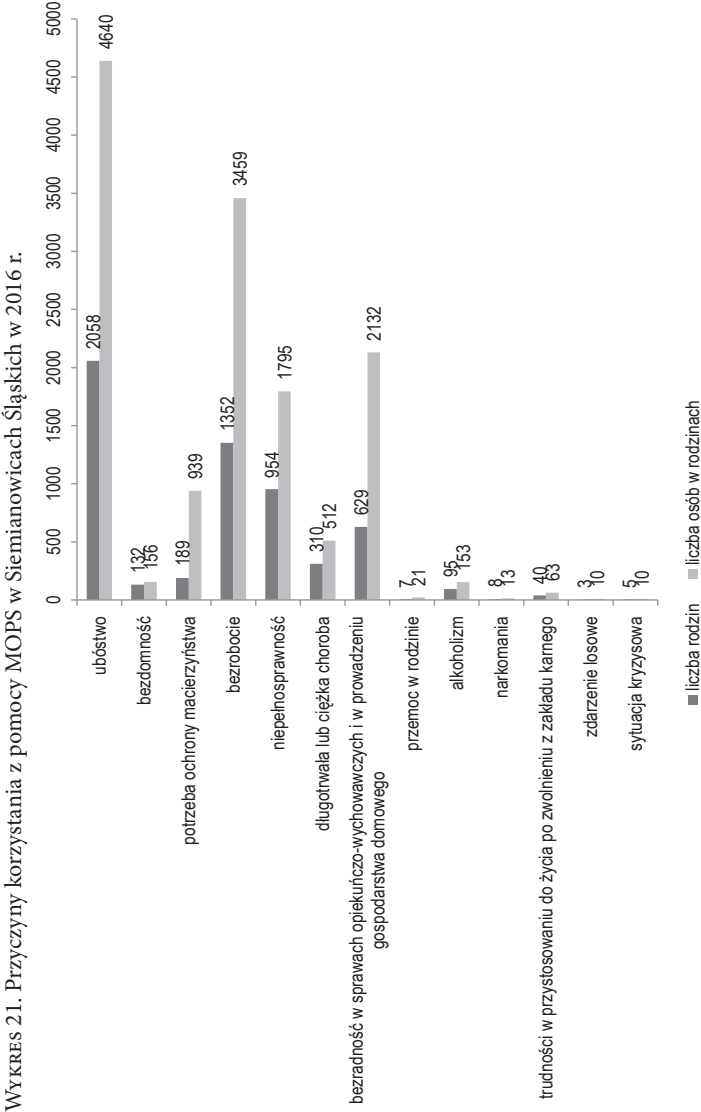
WYKRES 19. Przyczyny korzystania z pomocy MOPS w Siemianowicach Śląskich w 2011 r.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2011. Siemianowice Śląskie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2012, s. 12.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o *Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2014*. Siemianowice Śląskie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2015, s. 29–30.



Źródło: Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za 2016 rok przyjęte przez Radę Miasta Siemianowic Śląskich uchwałą nr 358/2017 w dniu 30 marca 2017 r.

Istotną informacją o zakresie problemów społecznych w Siemianowicach Śląskich jest diagnoza stanu zdrowia mieszkańców. Nadal podstawowym negatywnym wskaźnikiem obrazującym stan zdrowia ludności, a także zagrożeń zdrowotnych jest współczynnik umieralności wyrażony na 1 000 osób (wykres 22). Przeprowadzając analizę dynamiki zmian wskazanego wskaźnika w latach 2002–2017 w perspektywie całego kraju, zaobserwować można nieznaczną tendencję wzrostową, natomiast umieralność w ujęciu dla Siemianowic Śląskich jest nieco wyższa niż w województwie śląskim (o 0,76%) i w kraju (o 1,57%).

Najczęstszymi przyczynami zgonów pozostaje zaś swoista triada: nowotwory, choroby układu krążenia oraz przyczyny zewnętrzne (wykres 23). Rozpatrując zgony według przyczyn zejścia, należy zwrócić uwagę na fakt, że w okresie 2009–2013 w Siemianowicach Śląskich, podobnie jak i w całym województwie śląskim, liczba śmierci z powodu nowotworów wyrażona na 100 000 ludności utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Podobną tendencję zaobserwować można w przypadku chorób układu krążenia, z niewielką inklinacją wzrostową w 2013 roku.

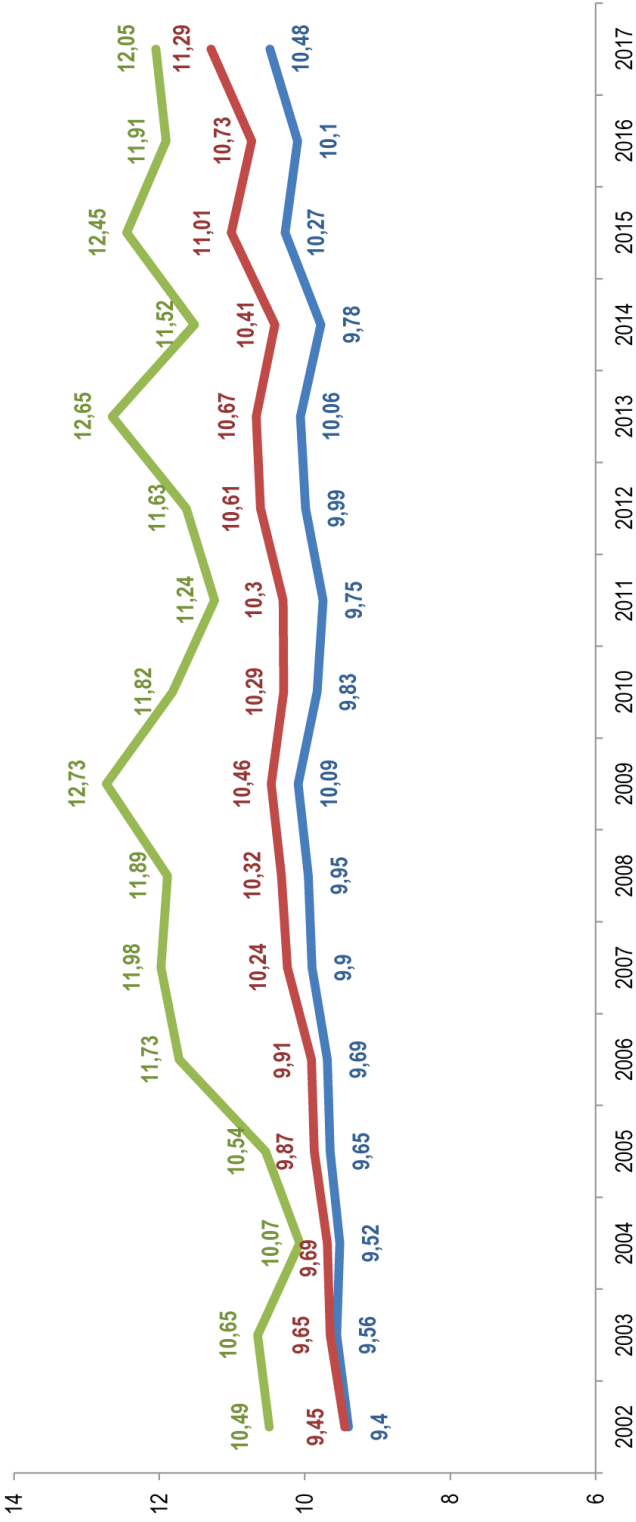
Wskaźnikiem stanu zdrowia ludności można również określić liczbę udzielonych porad w poradniach POZ, jak również w poradniach specjalistycznych w rozbiciu na ludność w wieku 0–18 lat oraz 19 lat i więcej.

Przeprowadzając analizę zachorowań ludności w wieku 0–18 lat dla województwa śląskiego oraz dla Siemianowic Śląskich należy podkreślić, że w tej grupie dominują choroby związane ze zniekształceniem kręgosłupa, zaburzeniami refrakcji i akomodacji oka, dychawica oskrzelowa oraz otyłość, a w przypadku samych Siemianowic Śląskich również niedożywienie, przy czym w 2014 roku zaobserwowano znaczny wzrost wartości w zakresie wszystkich wymienionych jednostek chorobowych (wykres 24, wykres 25).

Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej w województwie śląskim oraz w samych Siemianowicach Śląskich należy definiować z perspektywy chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej oraz przewlekłych chorób układu trawiennego, bowiem wskazane jednostki chorobowe dominują w tej grupie ludności (wykres 26, wykres 27). Zakres zachorowań we wskazanej sferze charakteryzuje się dynamiką, której wyraz stanowi zmienianie się pozycji w hierarchii chorób dominujących oraz względną stabilizacją na płaszczyźnie innych chorób.

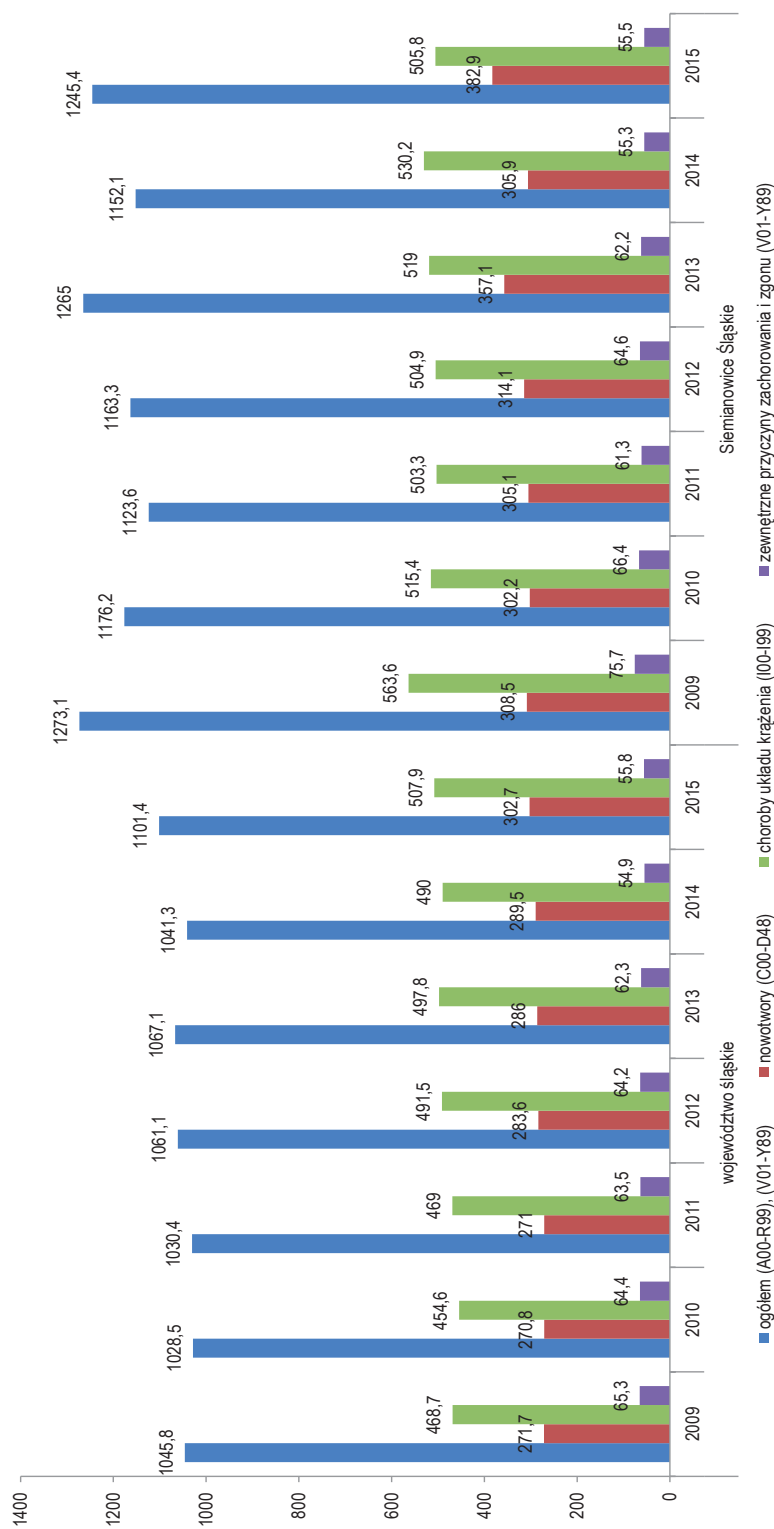
Wyodrębnione w toku analizy problemy społeczne stanowią w przypadku Siemianowic Śląskich w znacznej mierze efekt przemysłowej przeszłości miasta oraz przeprowadzonej restrukturyzacji przemysłu ciężkiego. Główną kwestią, która zaistniała w mieście po 1989 roku stało się wysokie bezrobocie oraz wynikające z niego ubóstwa i wykluczenia społeczne, a także stan zdrowia ludności, który w wielu aspektach jest wyraźnie gorszy w porównaniu np. ze średnią dla województwa śląskiego. Siemianowice Śląskie w statystycznym porównaniu z województwem śląskim ujawniają niekorzystny obraz przestrzeni poindustrialnej, stanowiącej przykład konglomeratu kwestii społecznych. Oparcie zatem dalszego wywodu oraz badań praktycznych o przykład Siemianowic Śląskich wydaje się zabiegiem celowym, umożliwiającym głębsze zdefiniowanie problemów charakterystycznych dla tego obszaru.

WYKRES 22. Współczynnik umieralności wyrażony na 1 000 osób w Polsce, w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2002–2017



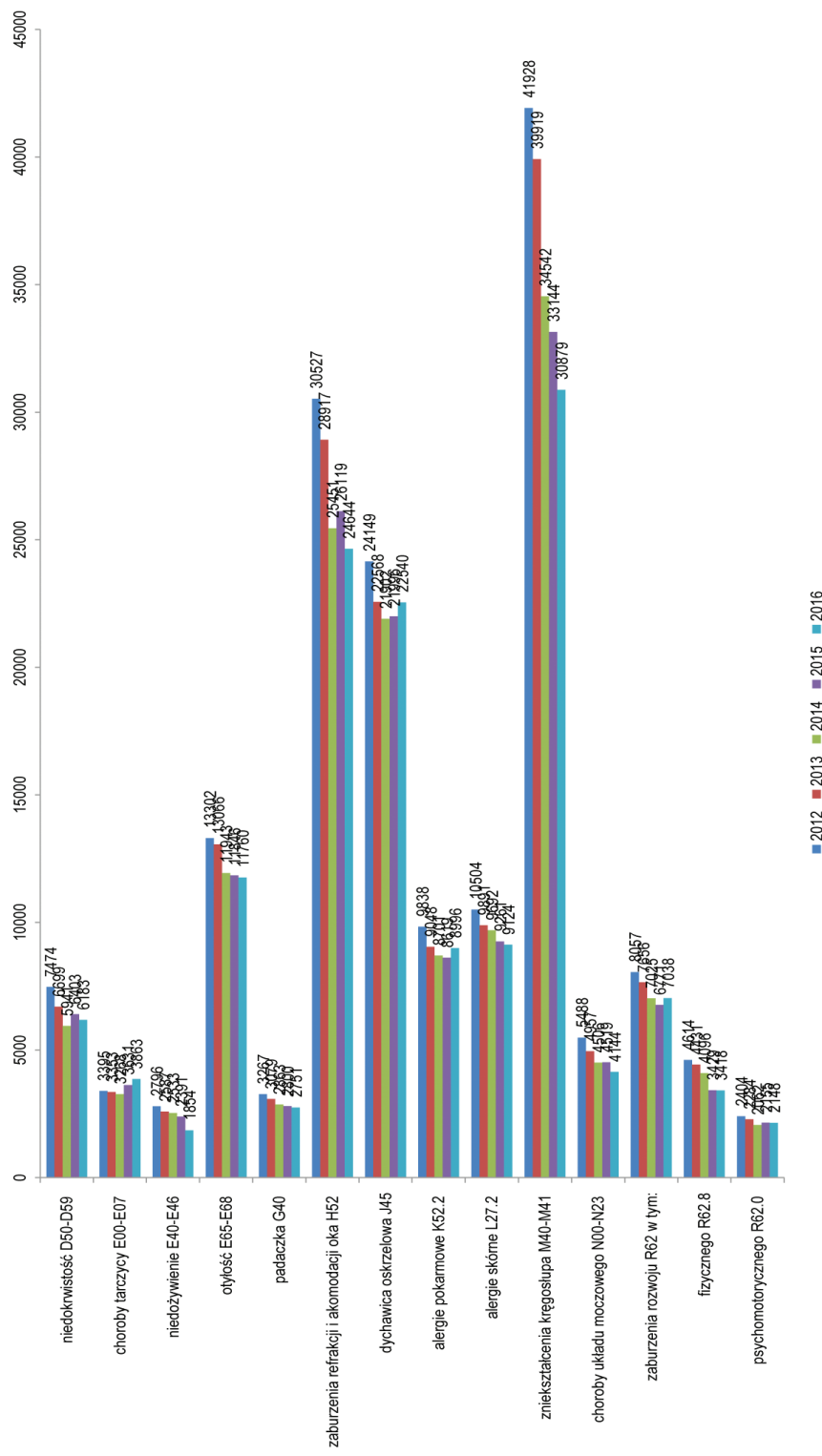
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYKRES 23. Zgony według przyczyn na 100 000 osób w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2009–2015



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2011 – powiat m. Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2013, s. 693; Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2015, s. 698; Ochrona zdrowia – powiaty 2017. Miasto na prawach powiatu – Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2016, s. 693.

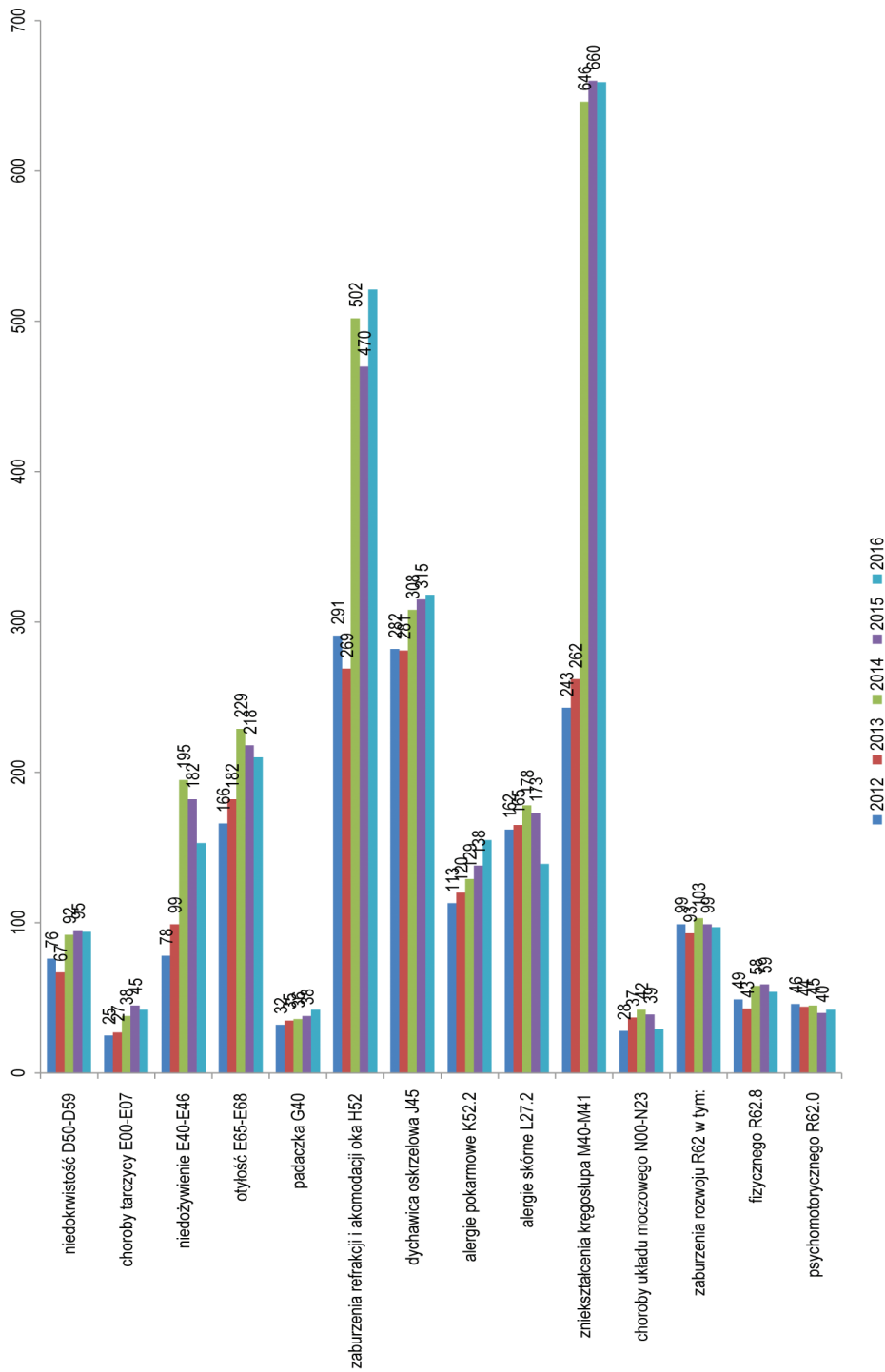
Wykres 24. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w województwie śląskim w latach 2012–2016



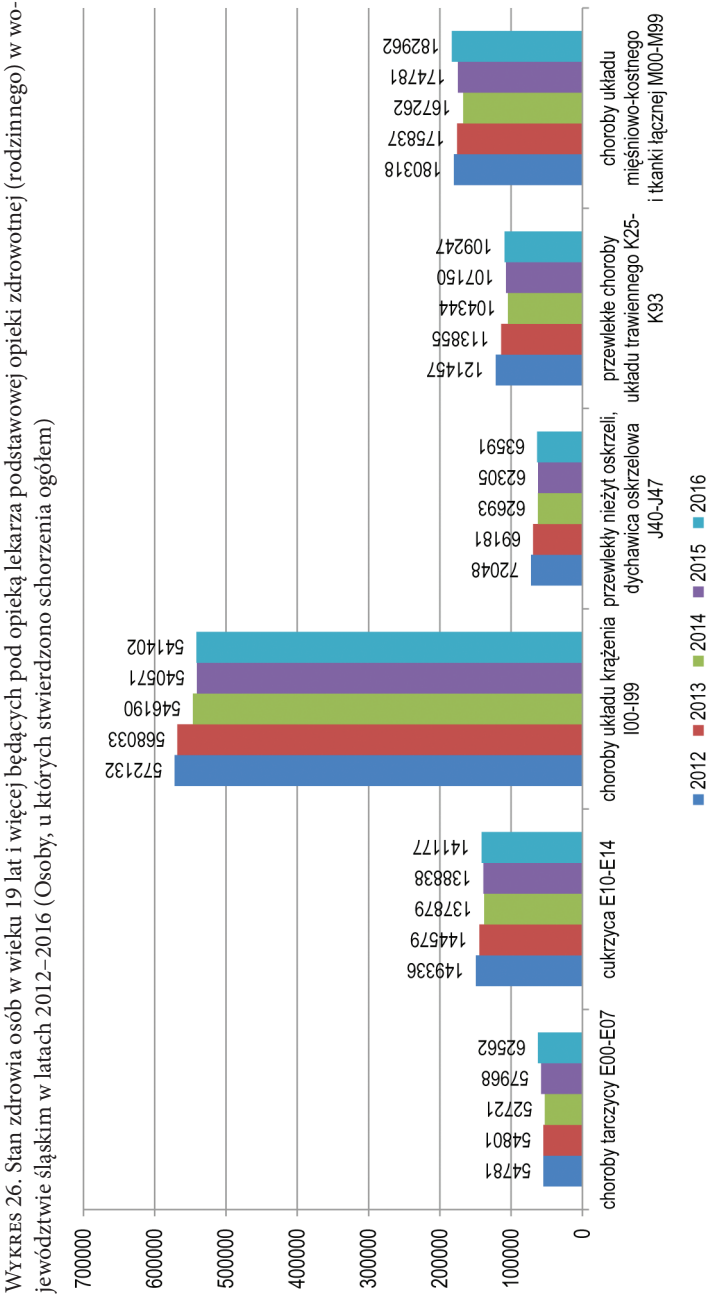
Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2015, s. 696.



WYKRES 25. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w Siemianowicach Śląskich w latach 2012–2016 (Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem)

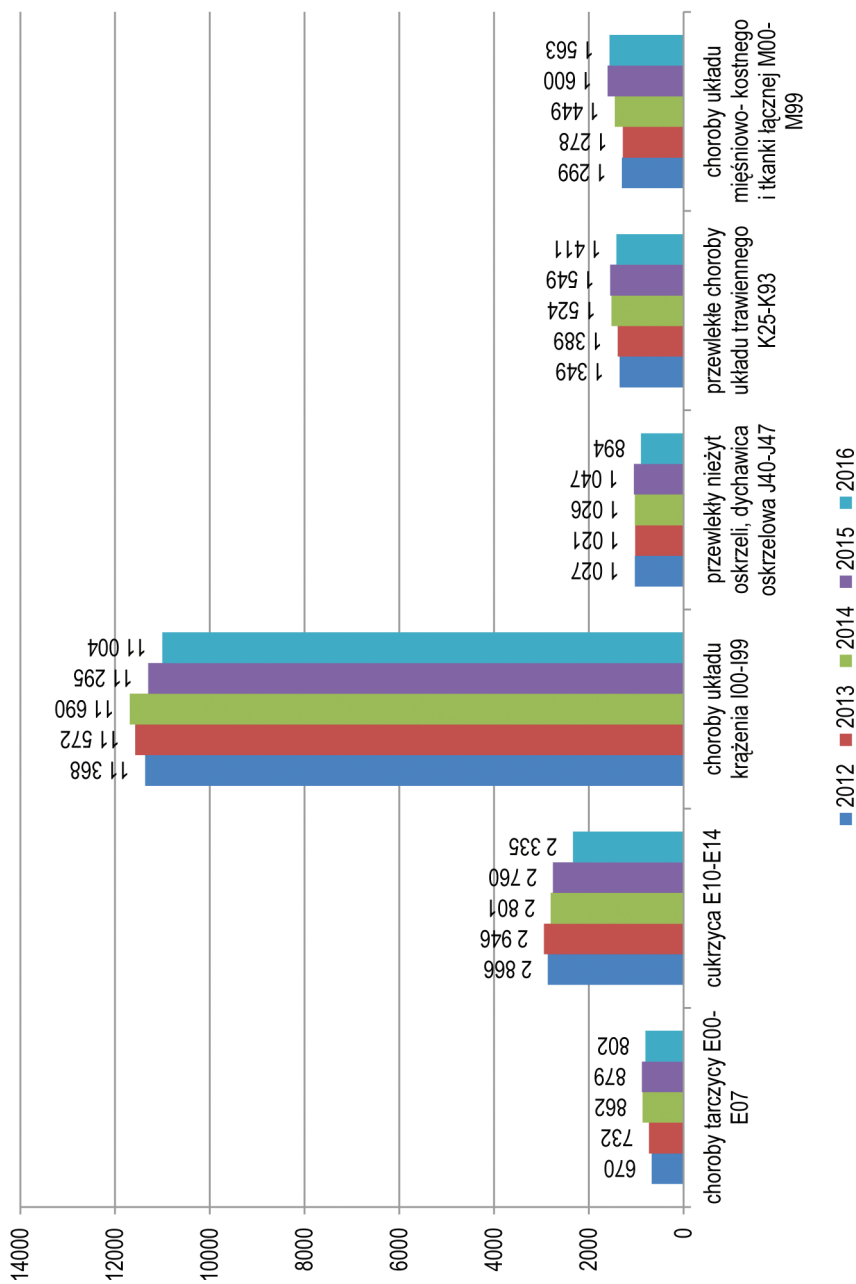


Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2015, s. 696.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2015, s. 698.

Wykres 27. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w Siemianowicach Śląskich w latach 2012–2016



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie, Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2016, s. 698.

## Rozdział 3.

# Metodologia badań własnych

Przeprowadzenie procesu badawczego wymaga precyzyjnego zdefiniowania celu badań, a także wskazania metod, za pomocą których cele te są wdrażane. Dokonanie uściślenia przedmiotu badań, czyli jak uznaje Janusz Sztumski wszystkiego „co składa się na tak zwaną rzeczywistość społeczną, a więc zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne, procesy i zjawiska społeczne”<sup>1</sup> ma na celu oddanie głównych problemów badawczych, a także swoiste wyrażenie intencji badacza w zakresie materii poddawanej badaniu naukowemu, które samo stanowi wieloetapowy proces różnego typu działań umożliwiających obiektywne, dokładne i wyczerpujące poznanie ustalonego uprzednio wycinka rzeczywistości społecznej, gospodarczej czy kulturowej. Wynikiem badania naukowego jest określony obraz tejże rzeczywistości. Wskazane czynności stanowią zatem kroki podstawowe w procedurze badawczej.

Earl Babbie podkreśla, że w naukach społecznych prowadzenie badań służy trzem zasadniczym celom:

1. eksploracyjnemu, polegający na nabyciu przez badacza wiedzy na temat przedmiotu badań, który jest nowy. Cel eksploracyjny wiąże się zatem ze wstępną identyfikacją w zakresie tematu badań;
2. deskryptywnemu, pozwalającemu na uzyskanie opisu danej sytuacji, wydarzenia, jednak bez kontekstu przyczynowo skutkowego;
3. eksplanacyjnemu, w wyniku realizacji którego badacz uzyskuje wiedzę pozwalającą na wyjaśnianie danego zjawiska, procesu itp.<sup>2</sup>

Nauka o polityce, której badania z natury rzeczy mają charakter interdyscyplinarny, a głównym przedmiotem zainteresowania pozostaje analiza zjawisk politycznych oraz diagnozowanie samej polityki, wypracowała metody oraz techniki badawcze w oparciu o przyswojenie większości metod z obszaru innych nauk społecznych, jednakże należy podkreślić, że w zależności od potrzeb dokonane zostały w tych metodach zmiany<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> J. SZTUMSKI: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1984, s. 7.

<sup>2</sup> E. BABBIE: *Podstawy badań społecznych*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009, s. 107–110.

<sup>3</sup> A. ŁUSZCZYŃSKI: *Podstawy metodologiczne badań politologicznych*. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2005, s. 34.

W zakresie samego terminu *metoda badawcza* nie ma jednomyślności. Najczęściej badacze podkreślają, iż „przez metodę [...] rozumie się na ogół system założeń i reguł pozwalających na uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do którego się świadomie zmierza”<sup>4</sup>.

Typologię metod badawczych nauki o polityce sporządził m.in. Andrzej Chodubski, wyróżniając takie jak: analizę systemową, ujęcia ilościowe i jakościowe, metody porównawcze, analizę instytucjonalno-prawną, metodę historyczną, metodę behawioralną, metodę symulacyjną, oraz pozostałe: leksykalną, geograficzną, genealogiczną, ekstrapolacji, refleksji<sup>5</sup>. Z kolei socjologiczne podejście opracowali Chava Frankfort-Nachmias oraz David Nachmias, wymieniając jako praktyczne metody badawcze: metody obserwacyjne, badań sondażowych, wtórną analizę danych oraz badania jakościowe<sup>6</sup>. W dalszej części niniejszej pracy wykorzystana zatem zostanie metoda badań w postaci badania kwestionariuszowego, wtórnej analizy danych (analizy dokumentów), z uwzględnieniem ujęcia ilościowego.

Praktyczny wymiar badań wiąże się ze sposobem doboru techniki badawczej, czyli procedury zbierania informacji. W zakresie technik badawczych należy wymienić m.in.: techniki obserwacyjne, wywiadu, ankietowe oraz analizę dokumentów<sup>7</sup>. W pracy posłużono się techniką ankietową oraz analizą dokumentów, tak aby pozyskać informacje o charakterze empirycznym.

Gdy prowadzi się badania praktyczne, wymagane jest wcześniejsze ustalenie tzw. podejścia do badanej rzeczywistości społecznej, bowiem wybór tego stanowiska wiąże się z dalszą procedurą badawczą. Część pracy poświęcona zagadnieniom badawczym powstała zatem w oparciu o dane uzyskane w wyniku badań ilościowych z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego, który przeprowadzono wśród beneficjentów zasiłków okresowych świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich w 2012 roku. Wybór wskazanej techniki badawczej determinuje konieczność rozpatrzenia zagadnień obejmujących budowę kwestionariusza wywiadu oraz przedstawienie metody przeprowadzenia badania właściwego.

Ważną metodę stosowaną w procesie badań społecznych stanowi analiza dokumentów polegająca na opisie oraz interpretacji tychże dokumentów. Zastosowanie wskazanej metody pozwala na uzyskanie z jednej strony wiedzy w zakresie, który badacz zjawiska uważa za ważny, a z drugiej strony informacje które, stosując odmienne metody badawcze, trudno byłoby uzyskać. W zakresie analizy dokumentów poddawane zabiegom badawczym są dane, które stanowią swoisty dowód, że pewne fakty lub wydarzenia społeczne wydarzyły się.

Ze względu na fakt, że dokument może zostać wytworzony w różnych formach, można podzielić je na: graficzne (pisemne), wizualne (filmy, obrazy) oraz słuchowe

<sup>4</sup> J. SZTUMSKI: *Wstęp do metod i technik ...*, s. 46.

<sup>5</sup> A.J. CHODUBSKI: *Wstęp do badań politologicznych*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2004, s. 170.

<sup>6</sup> CH. FRANKFORT-NACHMIAS, D. NACHMIAS: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2001, s. 222.

<sup>7</sup> L. SOŁOMA: *Metody i techniki badań socjologicznych. Wybrane zagadnienia*. Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, 2002, s. 103–107.

(nagrania dźwiękowe)<sup>8</sup>. W naukach społecznych najczęściej stosowaną formą analizy dokumentów jest analiza danych pisemnych, które jednak nie stanowią zwartej kategorii, składają się bowiem z zapisków osobistych oraz akt urzędowych<sup>9</sup>. Kategoria dokumentów urzędowych również jest wewnętrznie niejednolita, jednakże cechą charakterystyczną tej grupy jest to, iż dokumenty urzędowe stanowią wytwór instytucji, która niejako legitymizuje ich obiektywność. Antoni Sulek dokumenty urzędowe dzieli na kilka zasadniczych grup:

1. dokumenty przygotowane przez instytucje rejestracyjne, np. Urząd Stanu Cywilnego, Komisję Wyborczą oraz te wytwarzane przez podmioty powstałe dla innych celów niż ewidencja;
2. dokumenty pierwotne, będące bezpośrednim zapisem faktów lub zdarzeń przygotowanym przez ich uczestników; oraz dokumenty wtórne wytworzone w oparciu o zeznania lub relacje świadków zdarzeń, a także powstałe na podstawie analizy dokumentów pierwotnych;
3. dokumenty stanowiące rezultat nieprzerwanej rejestracji pewnych zdarzeń; dokumenty będące zapisem wydarzeń, które pojawiają się w pewnym czasie, jak np. wyniki wyborów samorządowych;
4. dokumenty odnoszące się do poziomu jednostkowego, które zwykle napotykamy w badaniach monograficznych, oraz dokumenty, które dotyczą zbiorowości;
5. akty normatywne wytworzone w instytucjach (regulaminy, statuty, reguły, wytyczne) oraz tworzone w szerszym środowisku (akty prawne wyższego rzędu)<sup>10</sup>.

Dokonując rozważań nad zakresem i typami dokumentów urzędowych, należy także zwrócić uwagę na informacje statystyczne umieszczone w wydawanych przez Główny Urząd Statystyczny Rocznikach Statystycznych oraz informacje publikowane w Internetowym Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego. Dane statystyczne zapewniają wiedzę o przedmiocie badań w aspekcie ilościowym, a prezentacja tych danych w formie graficznej umożliwia ponadto zobrazowanie dynamiki zmian badanych kwestii.

Zastosowanie metody analizy dokumentów urzędowych wytworzonych przez Urząd Miasta, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Urząd Wojewódzki w Katowicach, ale również danych statystycznych umożliwiło opracowanie diagnozy problemów społecznych występujących w mieście Siemianowice Śląskie.

Kolejną istotną zastosowaną metodą badawczą o charakterze ilościowym jest wywiad kwestionariuszowy. Chodubski definiuje sam wywiad jako rozmowę „badacza z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji (bądź na podstawie specjalnego kwestionariusza)”<sup>11</sup>. Badacz próbuje zatem wpływać na badanego za pomocą pytań, które mają nakłonić respondenta do udzielenia odpowiedzi (tzw. rozmowa kierowana). Rozmowa, której przebieg wynika z opracowanego wcześ-

<sup>8</sup> T. WUJEK: *Wykorzystanie dokumentów w pedagogicznych badaniach środowiskowych*. W: *Metodologia pedagogiki społecznej*. Red. R. WRÓCZYŃSKI, T. PILCH. Wrocław, Ossolineum, 1974, s. 223.

<sup>9</sup> Por. H. OGRYZKO-WIEWIÓROWSKI: *Wprowadzenie do metod badawczych socjologii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 1986, s. 224.

<sup>10</sup> A. SUŁEK: *Ogród metodologii socjologicznej*. Warszawa, Wydawnictwo Scholar, 2002, s. 104–107.

<sup>11</sup> A.J. CHODUBSKI: *Wstęp do badań...*, s. 139.

niej kwestionariusza nosi nazwę wywiadu kwestionariuszowego, którego narzędzia badawcze stanowią: kwestionariusz, informatory oraz materiały pomocnicze.

Kwestionariusz wywiadu stanowi formularz składający się zwykle z trzech części: wstępu, pytań właściwych i metryczki<sup>12</sup>. Wstęp powinien zawierać nazwę instytucji przeprowadzającej badania, informację o celu badań oraz gwarancję ich konfidencjonalności.

Pytania stanowią najistotniejszy element składowy kwestionariusza wywiadu. Ankieter odczytuje je respondentom w ustalonej kolejności. Pytanie stanowi „zamieszczoną w kwestionariuszu wywiadu lub ankiety wypowiedź badacza, najczęściej w formie zdania pytającego, skierowaną do respondenta i żądającą od niego wypowiedzi określonej treściowo bardziej lub mniej dokładnie. Pytaniu towarzyszy zawsze dyrektywa zapisu reakcji (odpowiedzi) respondenta we wskazanym miejscu”<sup>13</sup>. Pytanie stanowi więc żądanie skierowane do respondenta o wyrażenie odpowiedzi, która równocześnie stanowi źródło informacji dla badacza.

Badacz zjawisk społecznych, podejmując się konstruowania pytań, winien uprzednio poznać elementarne reguły rządzące tym procesem. W szczególności należy wskazać następujące dyrektywy:

1. zasada ścisłości, wyrażająca się nakazem zawarcia w kwestionariuszu jedynie tych pytań, które wynikają z podjętej tematyki badawczej;
2. forma językowa pytań, która powinna gwarantować należytą komunikatywność pomiędzy badaczem a respondentem. Zastosowane w kwestionariuszu pojęcia oraz zwroty muszą być zbliżone do języka środowiska respondentów;
3. reguły gramatyczności, bowiem pytania powinny być sformułowane w tej samej formie gramatycznej, przy zastosowaniu jednej osoby oraz jednego czasu. Formy bezosobowej w pytaniach należy unikać;
4. pytania kwestionariusza należy zapisywać w postaci rzeczywistych pytań, zakończonych znakiem zapytania – nie powinny one przybierać formy wywoławczego hasła;
5. dostosowanie pytań do kompetencji intelektualnych respondentów, przy jednoczesnym uwzględnieniu zjawiska tzw. błędnego założenia znawstwa (stopnia poinformowania, zdolności pamięciowych respondentów);
6. należy wystrzegać się formułowania pytań, na które udzielone przez respondenta odpowiedzi są społecznie nieaprobowane;
7. poszczególne pytania powinny dotyczyć tylko jednego zagadnienia, aby respondent wiedział, o jaki zakres wiedzy jest pytany;
8. pytania nie mogą być sformułowane w sposób sugerujący jakąkolwiek odpowiedź;
9. pytania nie powinny być sformułowane w taki sposób, iż udzielone przez badanego odpowiedzi będą nieszczerze;
10. zarówno pytania, jak i proponowaną listę możliwych odpowiedzi (kafeterię) powinna cechować jednoznaczność dla obu stron procesu komunikacyjnego;

<sup>12</sup> L.A. GRUSZCZYŃSKI: *Kwestionariusze w socjologii. Budowa narzędzi do badań surveyowych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2001, s. 115.

<sup>13</sup> J. LUTYŃSKI: *Pytanie kwestionariuszowe i jego różne koncepcje*. W: *Wywiad kwestionariuszowy. Analizy teoretyczne i empiryczne*. Red. K. LUTYŃSKA, A.P. WELLAND. Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1983, s. 112.



11. wyrażone pytanie powinno ukierunkować respondenta co do formy oczekiwanej odpowiedzi;
12. zadane pytanie powinno przyjąć taką formę, która umożliwi wyczerpującą odpowiedź<sup>14</sup>.

Należy także zaznaczyć, że zawarte w kwestionariuszu wywiadu pytania można podzielić ze względu na cel lub sposób budowy. W ramach pierwszej grupy wyróżnia się:

- pytania wprowadzające, które umożliwiają przygotowanie ankietowanego do tematyki poruszanej podczas całego wywiadu lub też w pewnych jego sekwencjach;
- pytania o opinie dotyczące nastawienia respondentów w kwestii postrzegania faktów, zjawisk czy procesów oraz odnoszące się także do ich oceny oraz oceny ewentualnego zachowania respondentów wobec nich;
- pytania o fakty pozwalające na uzyskanie informacji w zakresie pewnych zjawisk, faktów, ale już nie opinii czy postaw wobec nich. Wskazana kategoria obejmuje np. pytania metryczkowe;
- pytania o wiedzę, których intencją jest dokonanie identyfikacji grup respondentów posiadających wiedzę w określonym przedmiocie;
- pytania o źródła informacji umożliwiające rozpoznanie źródeł, z których ankietowani uzyskują informacje w określonym temacie;
- pytania o motywy pozwalające na identyfikację powodów podejmowania konkretnych działań czy wyrażania sądów przez ankietowanych;
- pytania o sugestie wiążące się z rozpoznaniem tworzonych przez respondenta zaleceń, wskazówek obejmujących badane problemy;
- pytania sondujące nakłaniają zaś badanych do odpowiedzi w sytuacji, gdy się od nich uchylają lub gdy odpowiedzi cechuje lakoniczny charakter;
- pytania uzupełniające pozwalają na uzyskanie od rozmówcy dodatkowych informacji dotyczących np. interpretacji poprzednio udzielonych odpowiedzi<sup>15</sup>.

Drugą grupę pytań kwestionariuszowych można opisać w oparciu o ich budowę. Uwzględniając wskazaną kategorię, można więc rozróżnić:

- pytania zamknięte logicznie, na które istnieje skończona liczba logicznych odpowiedzi;
- pytania otwarte logicznie, w których przypadku nie określa się listy odpowiedzi, bowiem ich liczba jest znaczna i w praktyce nieograniczona;
- pytania zamknięte technicznie zawierają listę przygotowanych uprzednio odpowiedzi (tzw. kafeterię), które respondent ma do wyboru;
- pytania otwarte technicznie nie zawierają listy proponowanych odpowiedzi, zakładając, iż respondent udzieli ich sam<sup>16</sup>.

Należy także dodać, że powyższy podział nie uwzględnia pytań technicznych typu filtrującego (pozwalającego na uzyskanie informacji, czy respondent posiada w określonej materii doświadczenie, które następnie umożliwiłoby mu odpowiedzenie na dalsze pytania) oraz kontrolnego (mającego na celu dokonanie sprawdzenia, czy udzielane przez respondenta odpowiedzi są zgodne z prawdą).

<sup>14</sup> L.A. GRUSZCZYŃSKI: *Kwestionariusze w socjologii...*, s. 102–104.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 27–31.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 31–38.



Metryczka stanowi zwykle ostatnią składową kwestionariusza wywiadu ze względu na cechy charakterystyczne, czyli zestaw pytań o cechy społeczno-demograficzne respondenta lub jego gospodarstwa domowego, które to cechy następnie zostają uwzględnione w procesie weryfikacji reprezentatywności próby. Pytania metryczkowe mogą także stanowić ważne źródło informacji ze względu na sformułowany problem badawczy. Zestaw pytań metryczkowych zawiera zatem pytania z zakresu dwóch typów cech:

- indywidualnych, dotyczących respondenta: płci, wieku, wykształcenia, wyuczonego i wykonywanego zawodu, dochodów jednostkowych, miejscowości zamieszkania;
- kontekstualnych, dotyczących gospodarstwa domowego: liczby osób w gospodarstwie domowym, dochodów tego gospodarstwa, warunków mieszkaniowych lub wyposażenia mieszkania<sup>17</sup>.

Przygotowany kwestionariusz wywiadu przeprowadzanego w gospodarstwach domowych osób zamieszkujących obszar Siemianowic Śląskich i pobierających zasiłki okresowe, składał się z trzech części: wstępu, zasadniczych pytań problemowych oraz metryczki.

We wstępie umieszczono tematykę badań, logo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach oraz tabelkę umożliwiającą kodowanie kwestionariusza. Informacje na temat celu przeprowadzanych badań oraz gwarancje o konfidencjonalności zostały przekazane ankietowanym w sposób ustny przed rozpoczęciem każdego wywiadu.

Główna część kwestionariusza podzielona została na sześć modułów, w których umieszczono pytania o fakty oraz opinie. W kafeterii tychże pytań znalazły się możliwe warianty odpowiedzi: „trudno powiedzieć”, „odmowa odpowiedzi” oraz „inne (jakie?)”. Zapisane zostały one kursywą, tak aby podczas przeprowadzanego wywiadu nie były odczytywane, ale zawsze pozostawała możliwość zaznaczenia którejś z opcji, gdy zachodziła sytuacja, gdy ankietowany nie wiedział, jak odpowiedzieć, bądź kafeteria nie była zgodna z tym, co miał na myśli.

Pierwszy moduł – Moduł A – zatytułowany został „Warunki mieszkaniowe” i zawierał 5 pytań odnoszących się do sytuacji mieszkaniowej respondentów, a zwłaszcza wyposażenia ich mieszkań. Moduł B nosił tytuł „Środowisko zamieszkania” i składał się z 6 pytań dotyczących otoczenia, w którym ankietowani zamieszkują. Moduł C „Stan zdrowia i samopoczucie” zawierał 8 pytań, których zasadność wiązała się w sposób oczywisty z celem badań obejmującym stan zdrowia mieszkańców przestrzeni poindustrialnej. W module D – „Dieta i styl życia” umieszczono 14 pytań, z których część nosiła cechy filtrujących. Następny Moduł E otrzymał tytuł „System opieki zdrowotnej”, bowiem znajdujących się w nim 12 pytań dotyczyło korzystania z systemu ochrony zdrowia i dostępności do niego. Moduł F obejmował zakresem „Działalność podmiotów lokalnej polityki społecznej” i zawierał 5 pytań. Łącznie w kwestionariuszu wywiadu umieszczono 50 pytań problemowych, a odpowiedzi udzielone przez respondentów zaznaczane były przez ankietera.

Kwestionariusz zawierał także dodatkowe pytania do wypełnienia przez respondenta samodzielnie, będące pytaniami zamkniętymi technicznie, dzięki czemu skuteczniej

<sup>17</sup> F. SZTABIŃSKI: *Metryczka respondenta*. W: *Podręcznik ankietera*. Red. Z. SAWIŃSKI, P.B. SZTABIŃSKI, F. SZTABIŃSKI. Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN, 2000, s. 188.

dostosowanymi do kompetencji intelektualnych respondentów. W kafeterii tych pytań nie znalazła się odpowiedź „nie wiem”, stanowić mogła bowiem naturalną drogę ominięcia kłopotliwego pytania, gdyż ich zakres obejmował kwestie związane ze spożywaniem alkoholu, zażywania narkotyków oraz przemocy w rodzinie. Dodatkowym argumentem przemawiającym za samodzielnym wypełnieniem ankiety przez respondenta był fakt, że w proces badawczy zaangażowani zostali pracownicy MOPS, przez co ankietowany mógł obawiać się złamania zasady konfidencjonalności ankiety i konsekwencji z tego płynących. Ankietowany odpowiadał zatem samodzielnie, wkładał kartę wywiadu do koperty, która następnie była zaklejana i kodowana kodem nadanym dla zasadniczego kwestionariusza.

Pytania metryczkowe, stanowiące ostatnią część kwestionariusza wywiadu, zostały umieszczone na jego końcu, co pozwalało na uniknięcie obaw o brak anonimowości. Metryczka liczyła 9 pytań o cechy społeczno-demograficzne ankietowanego oraz jego gospodarstwa domowego. Cały kwestionariusz ankiety wraz z metryczką liczył 67 pytań (Załącznik 1).

Ważnym etapem procesu badawczego jest dobór próby, czyli wyznaczenie zbioru jednostek, które wezmą udział w badaniu. Ze względu na fakt, iż populacja generalna stanowi zwykle liczny zbiór, badacz ogranicza jej liczebność, w wyniku czego badanie przyjmuje charakter reprezentacyjny. Zastosowanie tego typu badania pozwala na uzyskanie ilościowych i porównywalnych danych<sup>18</sup>, przy założeniu, że rozkład cech w zbadanej części zbiorowości będzie taki sam, jak dla całej zbiorowości. Wysunięte w oparciu o badania przeprowadzone na reprezentatywnej próbie wnioski będą zatem ważne dla całej badanej populacji. Podstawowymi problemami badacza jest więc z jednej strony zapewnienie reprezentatywnej próby badawczej, z drugiej zaś określenie metody doboru tej próby, bowiem strategie w tym zakresie sprowadzają się do sposobu losowego oraz nielosowego, przy czym tylko sposób losowy zapewnia reprezentatywność próby. Ponadto należy zauważyć, iż losowy dobór próby badawczej opierający się na procesie losowania zakłada, że każdy element zbioru może z takim samym stopniem prawdopodobieństwa zostać wybrany do próby. Fakt ten powoduje, iż podejście losowe gwarantuje uniknięcia tzw. obciążenia próby przez badacza, czyli świadomego lub nieświadomego wybrania elementów, które nie są reprezentatywne<sup>19</sup>.

W procedurze badania gospodarstw domowych osób, które w 2012 roku zamieszkiwały Siemianowice Śląskie oraz pobierały zasiłki okresowe z pomocy społecznej, wyznaczenie próby badawczej (tzw. małe „n”) stanowiło proces etapowy. W pierwszej fazie należało ustalić, które gospodarstwa tworzą populację generalną (tzw. duże „N”). W realizacji tego zamierzenia wykorzystano informacje udzielone przez MOPS w Siemianowicach Śląskich w zakresie gospodarstw domowych, które w 2012 roku korzystały z zasiłków okresowych (bez względu na czas pobierania tej formy wsparcia) z wyłączeniem osób bezdomnych, czasowo zameldowanych i przebywających w ośrod-

<sup>18</sup> J. SZTUMSKI: *Wstęp do metod...*, s. 155.

<sup>19</sup> E. BABBIE: *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 204–212.

kach interwencji kryzysowej. Powstały rejestr zawierał dane: nr MOPS (nadany gospodarstwu domowemu przez MOPS, który umożliwił identyfikację jednostek, objętych badaniem), liczbę osób w gospodarstwie domowym oraz adres zamieszkania (z nazwą ulicy i bez numeru mieszkania). W rejestrze znalazło się 1 759 rekordów.

Następnym etapem w procesie badawczym było wyznaczenie rekordów, które weszły w skład zasadniczej próby badawczej oraz próby zapasowej. W tym celu przyjęto metodę losowania systematycznego, polegającą na wyborze co  $n$ -tego gospodarstwa domowego, przy czym liczbę  $n$ -tego gospodarstwa wyznaczono w oparciu o generator liczb losowych w postaci sześcienniej kostki do gry. Zastosowanie tej metody doprowadziło do wyłonienia liczby 5 jako wyznacznika co 5-tego gospodarstwa zaliczonego do próby podstawowej oraz liczby 6, jako co 6-tego gospodarstwa wchodzącego w skład próby zapasowej. Należy również zaznaczyć, że generator liczb losowych w postaci sześcienniej kostki do gry wykorzystano w procesie wyznaczenia rekordu startowego, tzn. gospodarstwa domowego od którego rozpoczęte zostanie losowanie systematyczne – liczbą wylosowaną było 1.

W wyniku losowania powstał zatem wykaz jednostek, które należy objąć badaniem (próba zasadnicza), a także wykazu jednostek, które należy objąć badaniem w sytuacji odmowy wzięcia udziału w procesie badawczym (próba zapasowa). Kolejny etap przygotowania do procesu badawczego stanowił podział wylosowanych gospodarstw domowych, który przeprowadzono ze względów technicznych, tak aby umożliwić sprawniejsze przeprowadzenie procesu badawczego. Poprzez wskazaną czynność otrzymano 10 grup rekordów umieszczonych na 10 wykazach (po jednym dla każdego ankietera), w których zawarte zostały dane w formie: numer kolejnego, numer MOPS, liczby osób w gospodarstwie domowym oraz ulicy (Załącznik 2).

Właściwe badanie członków gospodarstw domowych zamieszkujących w mieście Siemianowice Śląskie i pobierających w 2012 roku zasiłki okresowe odbyło się w terminie od 20 stycznia do 29 lutego 2012 roku, co wynikało z konieczności przeprowadzenia wywiadu kwestionariuszowego w 352 gospodarstwach domowych. Proces badawczy stanowił postępowanie dwuetapowe:

- etap wstępny obejmował uzyskanie zgody na przeprowadzenie badania. Uczestniczyli w nim pracownicy socjalni MOPS, którzy najpierw identyfikowali gospodarstwo domowe w bazie danych, a następnie udawali się pod wskazane adresy i uzyskiwali ewentualną zgodę na badanie;
- etap badania właściwego następujący po otrzymaniu od pełnoletniego członka gospodarstwa domowego zgody na udział w badaniu.

W procesie badawczym uzyskano następujące liczby kwestionariuszy wywiadu:

1. Ankieter A – 30 kwestionariuszy wywiadu;
2. Ankieter B – 34 kwestionariusze wywiadu;
3. Ankieter C – 30 kwestionariuszy wywiadu;
4. Ankieter D – 32 kwestionariusze wywiadu;
5. Ankieter E – 38 kwestionariuszy wywiadu;
6. Ankieter F – 33 kwestionariusze wywiadu;
7. Ankieter G – 35 kwestionariuszy wywiadu;
8. Ankieter H – 37 kwestionariuszy wywiadu;

9. Ankieter I – 37 kwestionariuszy wywiadu;
10. Ankieter J – 37 kwestionariuszy wywiadu.

Zrealizowano łącznie 342 wywiady kwestionariuszowe (z 352 zaplanowanych) w gospodarstwach domowych, które w 2012 roku zamieszkiwały w mieście Siemianowice Śląskie i korzystały z pomocy społecznej w postaci zasiłków okresowych. Z 10 gospodarstwami domowymi nie udało się przeprowadzić badania z powodu braku zgody na udział w nim lub niemożności nawiązania kontaktu.

Po zakończeniu procesu ankietowania w wylosowanych gospodarstwach przystąpiono do opracowania uzyskanych informacji. W tym celu wykorzystano program *IBM SPSS Statistic* (v. 21) na licencji użytkownika Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Przebieg prac zawierał się w kilku fazach, z których zasadniczą obejmowała stworzenie bazy danych, w której zamieszczono wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu wraz z kafeterią (baza liczyła 212 kolumn). Zastosowanie programu IBM SPSS umożliwiło zatem skrócenie czasu potrzebnego na wskazane działania oraz wyeliminowało prawdopodobieństwo popełnienia błędu związanego z dokonywaniem obliczeń.

Należy zatem podkreślić istotną rolę badań praktycznych w nauce o polityce społecznej, a także zastosowanych w procesie badawczym metod i technik badawczych przybliżających rozwiązanie problemu badawczego. Ważnym aspektem poruszanych powyżej kwestii było adekwatne dobranie instrumentów badawczych, tak aby uwzględniając zdefiniowany problem badawczy, możliwym stało się poznanie potencjalnie wielu elementów tejże materii. Posłużenie się wskazanymi metodami niewątpliwie przyczyniło się do kompleksowej analizy problemu.



Rozdział 4.

Nierówności zdrowotne – analiza badań przeprowadzonych wśród osób wykluczonych ekonomicznie w mieście Siemianowice Śląskie

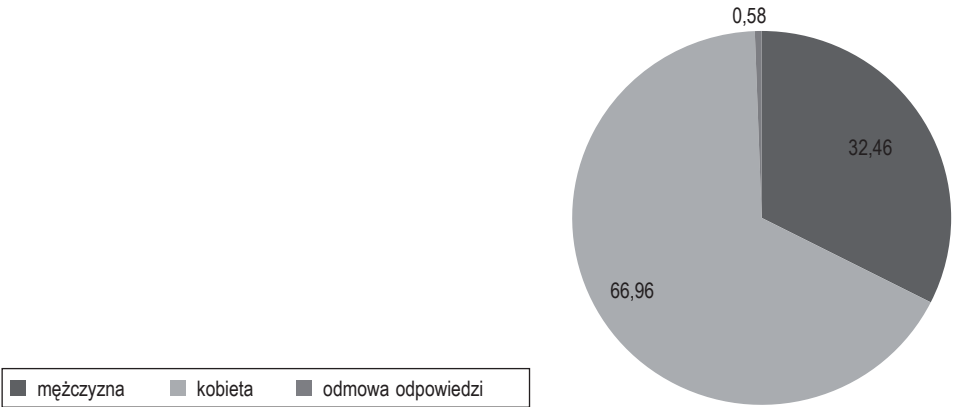
W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano łącznie 342 wywiady kwestionariuszowe w gospodarstwach domowych, które w 2012 roku zamieszkiwały w mieście Siemianowice Śląskie i korzystały z pomocy społecznej w postaci zasiłków okresowych. W próbie badawczej zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (prawie 67% ankietowanych), (tabela 3, wykres 28).

TABELA 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie o płeć respondenta

Odpowiedzi	N	Procent
Mężczyzna	111	32,46
Kobieta	229	66,96
Odmowa odpowiedzi	2	0,58

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 28. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o płeć respondenta



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

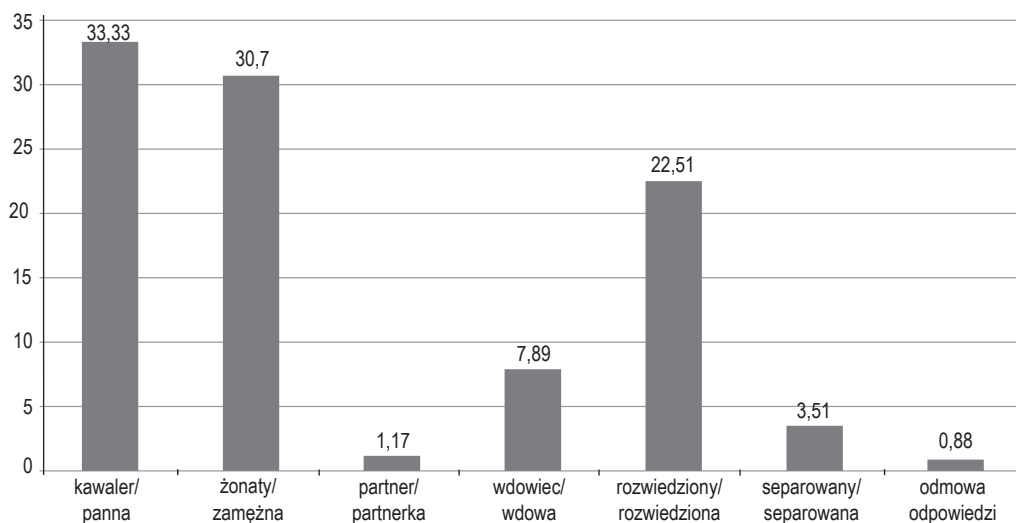
Ponadto 280 ankietowanych zdefiniowało siebie jako głowę gospodarstwa domowego. Pozostali respondenci wskazali, że głową gospodarstwa jest mąż/partner lub żona/partnerka (tabela 4). 114 respondentów zadeklarowało cywilny stan faktyczny jako kawaler/panna, 105 wskazało, że pozostaje w związku małżeńskim, 77 określiło siebie jako rozwodników (wykres 29).

TABELA 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent jest głową gospodarstwa domowego

Odpowiedzi	N	Procent
Tak	280	81,87
Nie	57	16,67
Odmowa odpowiedzi	5	1,46

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 29. Faktyczny stan cywilny respondentów

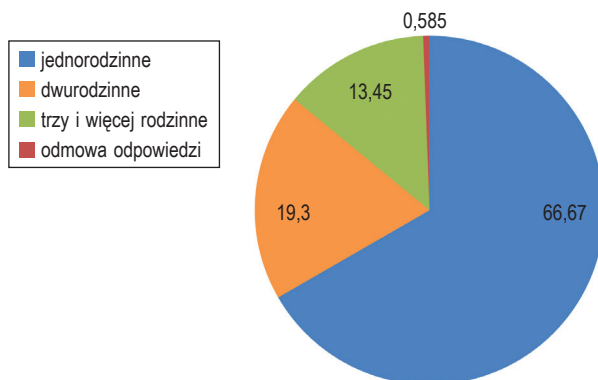


ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pośród typów gospodarstwa domowego dominowały gospodarstwa jednorodzinne – ponad 66%, natomiast nieco ponad 19% stanowiły gospodarstwa dwurodzinne (wykres 30).

Dokonując analizy cech społeczno-demograficznych ankietowanych, należy również zwrócić uwagę na poziom ich wykształcenia w korelacji z wiekiem (wykres 31). Najczęściej udzielaną odpowiedzią było wykształcenie zasadnicze zawodowe (151 wskazań). Prawie jedna trzecia respondentów, przyznała, że albo zdobyła wykształcenie podstawowe, albo też nie posiada jakiegokolwiek wykształcenia. Należy również zauważyć, że niski poziom lub też brak wykształcenia występował w gospodarstwach domowych osób młodych, w grupie wiekowej 18–30 lat.

WYKRES 30. Rozkład odpowiedzi na pytanie o typ gospodarstwa domowego



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

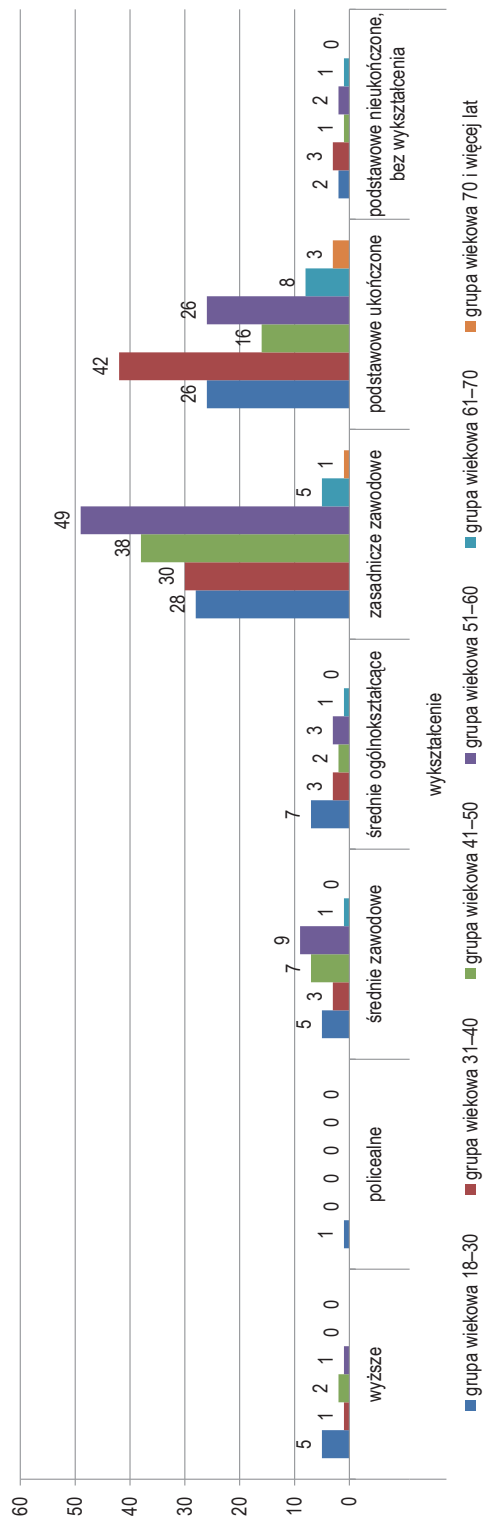
Zdecydowana większość, czyli 281 respondentów zadeklarowało, że głównym źródłem dochodów w ich gospodarstwach domowych jest niezarobkowa forma, a więc przede wszystkim pomoc socjalna państwa. Tylko 48 ankietowanych wskazało, że główne źródło dochodu ich gospodarstw stanowią dochody z pracy, podczas gdy 6 pozostawało na utrzymaniu innych osób. Po jednym wskazaniu padło na dochody pochodzące z własności oraz z najmu (wykres 32).

Niekorzystnym zaobserwowanym zjawiskiem jest fakt, że ankietowani po raz pierwszy skorzystali z zasiłku okresowego w okresie czasu znacznie poprzedzającym fakt badania. Wykluczenie ekonomiczne gospodarstw domowych ankietowanych nosiło zatem cechy permanentności (wykres 33).

Przeprowadzona analiza cech społeczno-demograficznych respondentów oraz ich gospodarstw domowych pozwala na wysunięcie wniosków, iż standardowym gospodarstwem domowym jest gospodarstwo jednorodzinne, a głowę tego gospodarstwa stanowi zwykle kobieta, przeważnie odpowiadająca na pytania kwestionariuszowe. Statystyczni respondenci charakteryzują się ponadto niskim poziomem wykształcenia lub nie posiadają go w ogóle, a podstawowym źródłem ich utrzymania są formy niezarobkowe, w tym częste korzystanie z zasiłków okresowych, także w przeszłości.

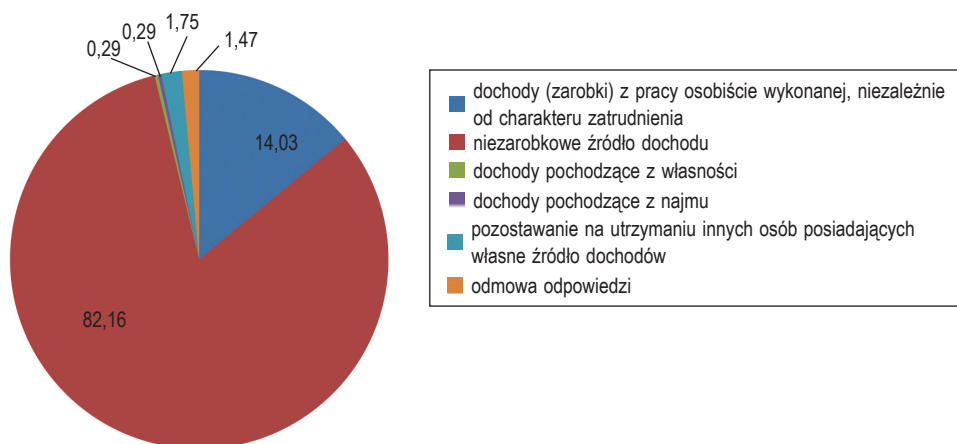


Wykres 31. Grupa wiekowa a poziom wykształcenia respondentów



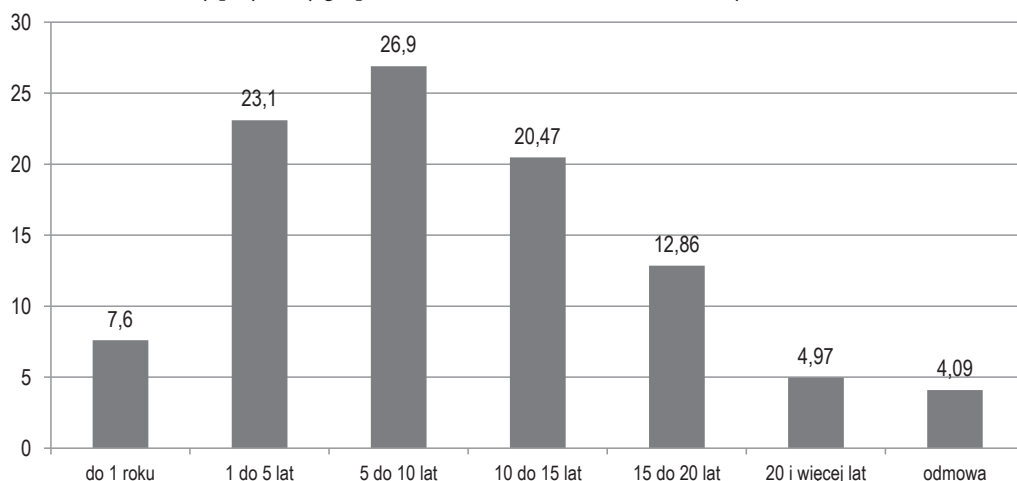
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 32. Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego respondentów



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 33. Pierwszy przyznany gospodarstwu domowemu zasiłek okresowy



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

## 4.1. Moduł A: Warunki mieszkaniowe

Ważnym czynnikiem determinującym stan zdrowia czy samopoczucie są warunki mieszkaniowe. W kwestionariuszu wywiadu zamieszczono pytania odnoszące się do wskazanych kwestii w Module A – Warunki mieszkaniowe. Mieszkanie stanowi jedno z podstawowych dóbr materialnych niezbędne dla funkcjonowania gospodarstwa domowego, a warunki mieszkaniowe są podstawowym indeksem sytuacji ekonomicznej tego gospodarstwa. Charakterystycznymi wskaźnikami ubóstwa w zakresie warunków mieszkaniowych są m.in.:

- braki w wyposażeniu w instalacje sanitarno-techniczne;
- braki w wyposażeniu w podstawowe sprzęty trwałego użytku<sup>1</sup>.

Warunki mieszkaniowe respondentów zostały sprawdzone poprzez pytania odnoszące się do instalacji sanitarno-technicznych oraz wyposażenia mieszkania w podstawowe sprzęty.

Wykluczeni ekonomicznie mieszkańcy przestrzeni poindustrialnej wskazywali, że kran z dostępem do wody posiada 97,08% z nich, przy czym dostęp zarówno do ciepłej, jak i do zimnej wody ma 40,94% ankietowanych, a tylko do zimnej 56,72% ankietowanych. Na ustęp spłukiwany bieżącą wodą wskazuje 69,01% ankietowanych, a nieco ponad 56% respondentów wskazuje na łazienkę z bieżącą wodą.

Instalacją gazową dysponuje 67,84% ankietowanych, a na dostęp do energii elektrycznej wskazuje 92,98% ankietowanych. 82,16% respondentów ogrzewa mieszkania piecem na opał.

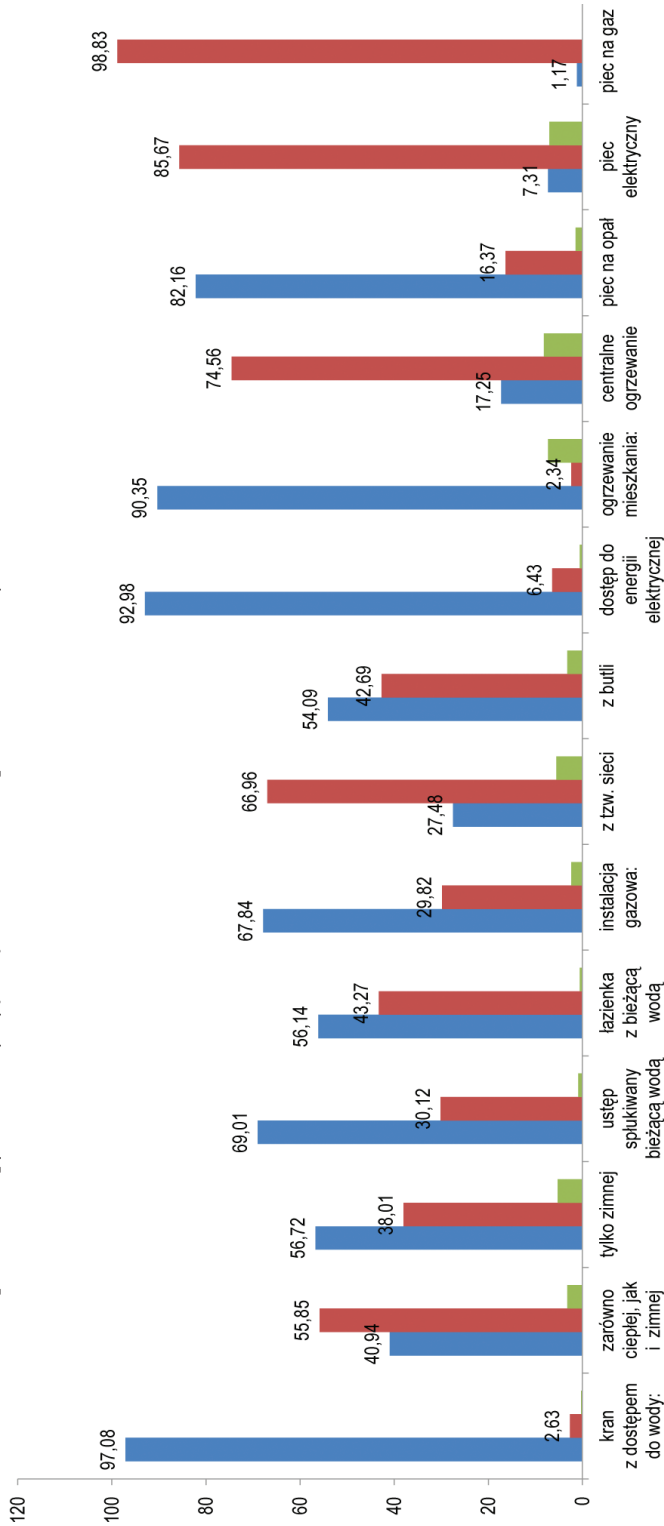
Zdecydowaną większość stanowią zatem mieszkania o średnim standardzie wyposażenia w infrastrukturę techniczną. Nie wszystkie mieszkania posiadają nawet dostęp do energii elektrycznej czy bieżącej wody. W prawie połowie z nich brakuje dopływu zimnej wody czy łazienki z bieżącą wodą (wykres 34).

Wyposażenie mieszkania respondentów w podstawowe sprzęty użytkowe można określić mianem skromnego. Lodówkę posiada jedynie 54,68% ankietowanych, a niepełna połowa kuchenkę gazową (46,49%). Kuchenką mikrofalową dysponuje 19,3% ankietowanych. Ponad połowa ankietowanych wskazuje, iż posiada telewizor (56,43%), a prawie 25% DVD. Pralkę automatyczną posiada 42,98% gospodarstw domowych. Na komputer wskazuje co piąte gospodarstwo domowe, przy czym dostęp do Internetu deklaruje jedynie 14,62% ankietowanych (wykres 35). Niemalże 87% respondentów posiada także telefon komórkowy (wykres 36).

---

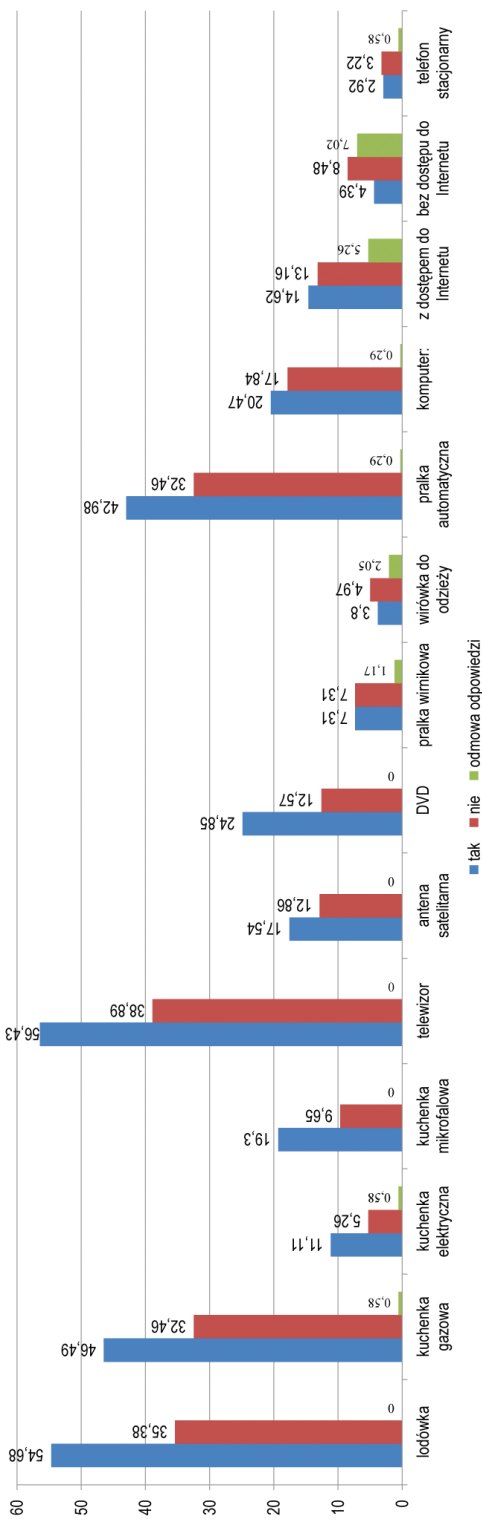
<sup>1</sup> M. POTOCZNA: *Strategie życiowe biednych mieszkańców enklaw (Klimaty łódzkie)*. W: *Życ i pracować w enklawach biedy*. Red. W. WARZYWODA-KRUSZYŃSKA. Łódź, Przedsiębiorstwo Specjalistyczne „Absolwent”, 2001, s. 64.

Wykres 34. Rozkład odpowiedzi na pytanie o znajdujące się w mieszkaniu respondentów instalacje sanitarno-techniczne



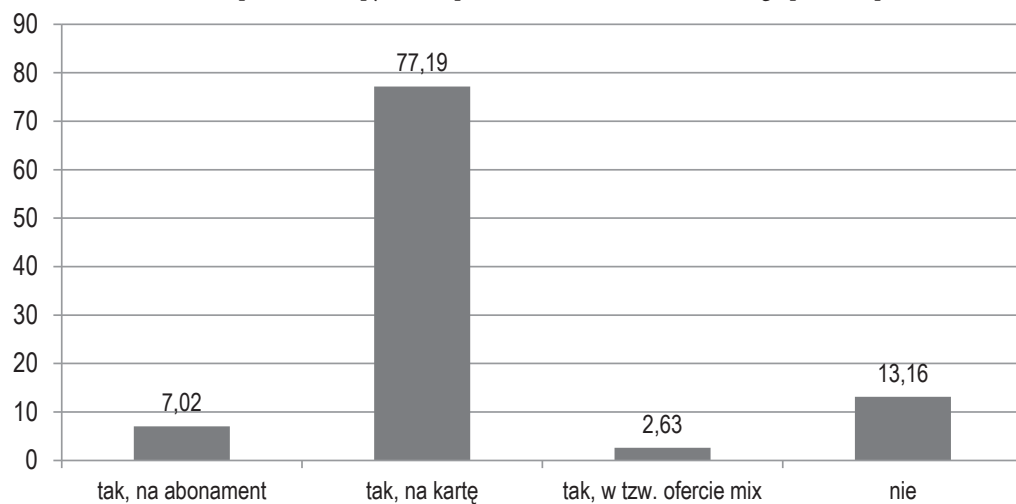
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 35. Rozkład odpowiedzi na pytanie o znajdujące się w mieszkaniu respondentów wyposażenie



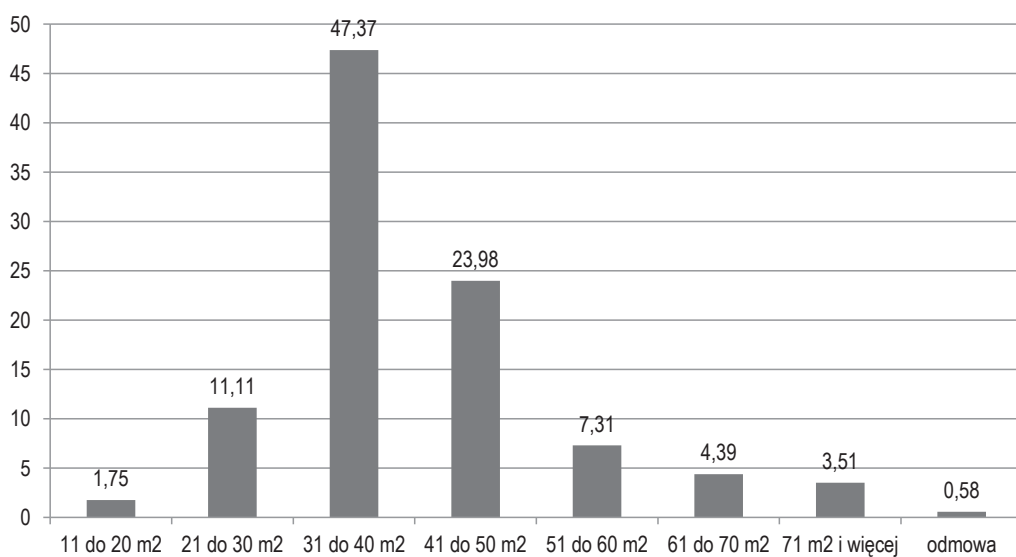
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 36. Rozkład odpowiedzi na pytanie o posiadanie telefonu komórkowego przez respondentów



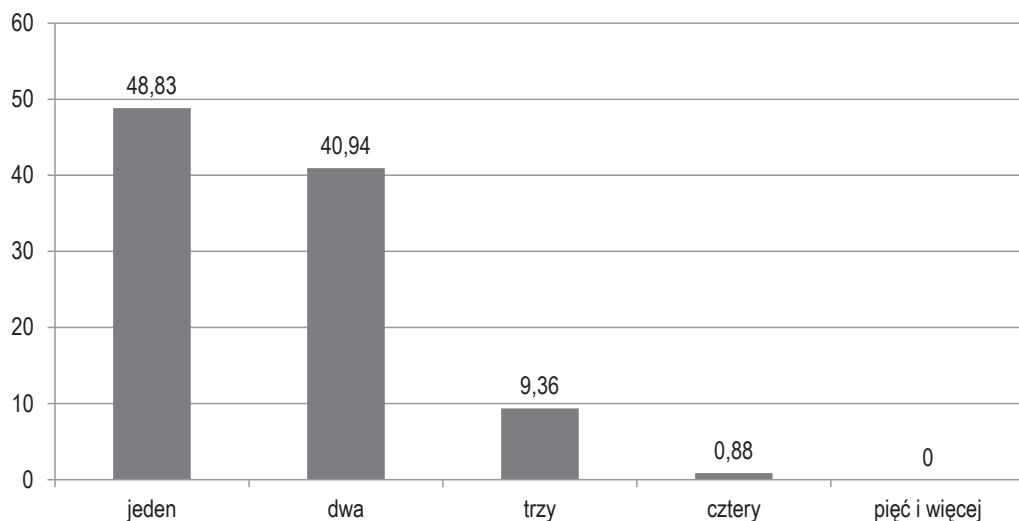
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 37. Rozkład odpowiedzi na pytanie o metraż mieszkania



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 38. Rozkład odpowiedzi na pytanie o liczbę pokoi w mieszkaniu



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

## 4.2. Moduł B: Środowisko zamieszkania

Pytania obejmujące tematykę jakości środowiska zamieszkania zostały zawarte w Module B kwestionariusza wywiadu. Długotrwałe narażenie na agresję w formie fizycznej bądź psychicznej w środowisku zamieszkania stanowi tzw. stresor wpływający zarówno na zdrowie w wymiarze psychicznym, jak również somatycznym człowieka.

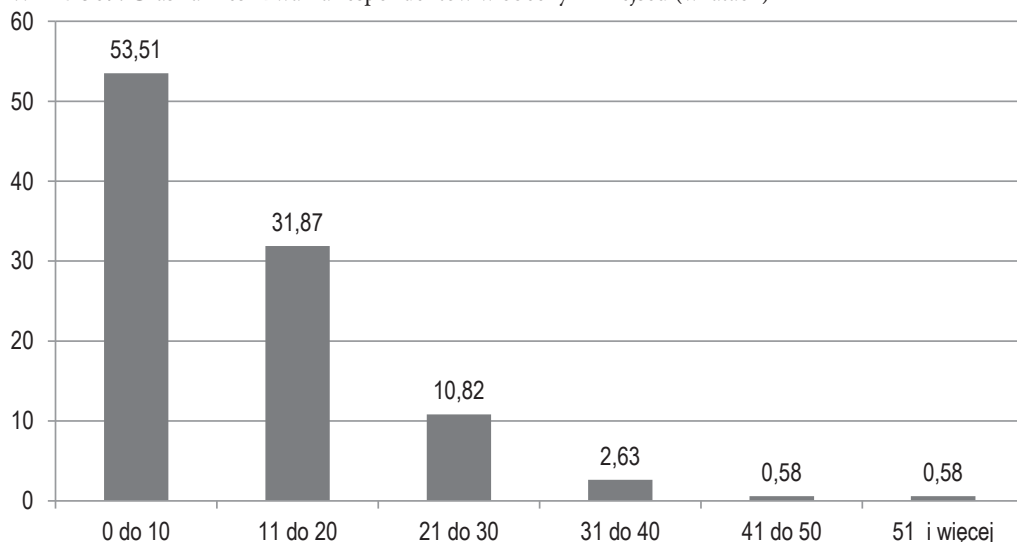
Ponad 51% respondentów wskazało, że obecne miejsce zamieszkuje do 10 lat (wykres 39). Większość wskazała również, że miejsce ich zamieszkania jest bezpieczne i raczej bezpieczne (65,16%), podczas gdy trzecia część respondentów uznała wprost przeciwnie (wykres 40).

Zdecydowana większość respondentów zadeklarowała również, iż nie była ofiarą przemocy lub wandalizmu w najbliższej okolicy zamieszkania (wykres 41).

Poziom bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania wyznaczają również zachowania o cechach patologicznych i ich natężenie. Najczęstszym zjawiskiem wskazanym przez respondentów jest spożywanie napojów alkoholowych, do którego dochodzi praktycznie codziennie (36,55%). Zazywanie narkotyków lub innych środków psychoaktywnych w opinii ankietowanych praktycznie nie występuje, podobnie jak przemoc w rodzinie czy inne zachowania o charakterze przestępczym<sup>2</sup> (wykresy 42 i 43).

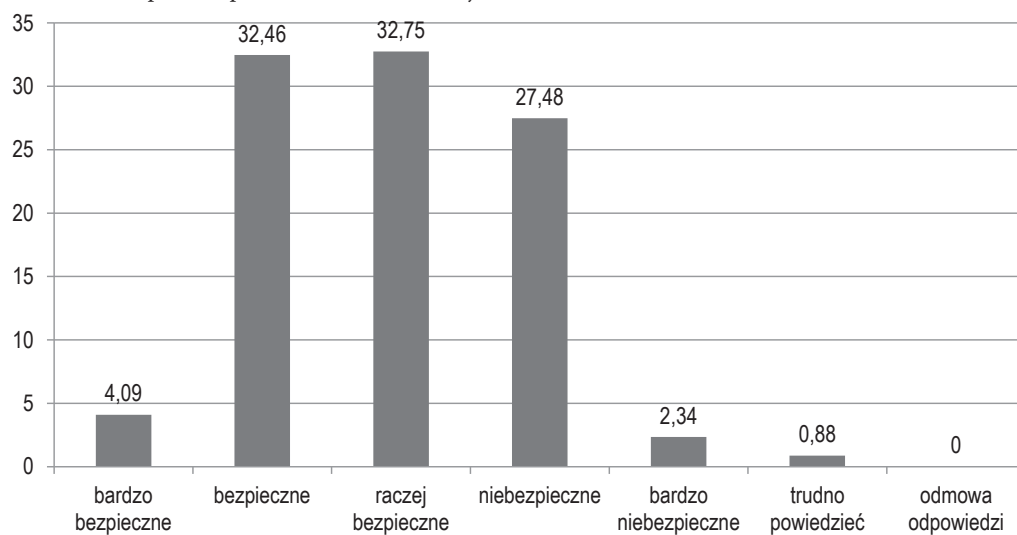
<sup>2</sup> Należy jednakże zaznaczyć, że wpływ na odpowiedzi udzielane przez respondentów mógł mieć fakt uczestnictwa w procesie badawczym pracowników MOPS, w związku z czym ankietowani z obawy przed potencjalnymi konsekwencjami wybierali odpowiedź „wcale” lub „raz na kilka lat”.

WYKRES 39. Czas zamieszkiwania respondentów w obecnym miejscu (w latach)



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

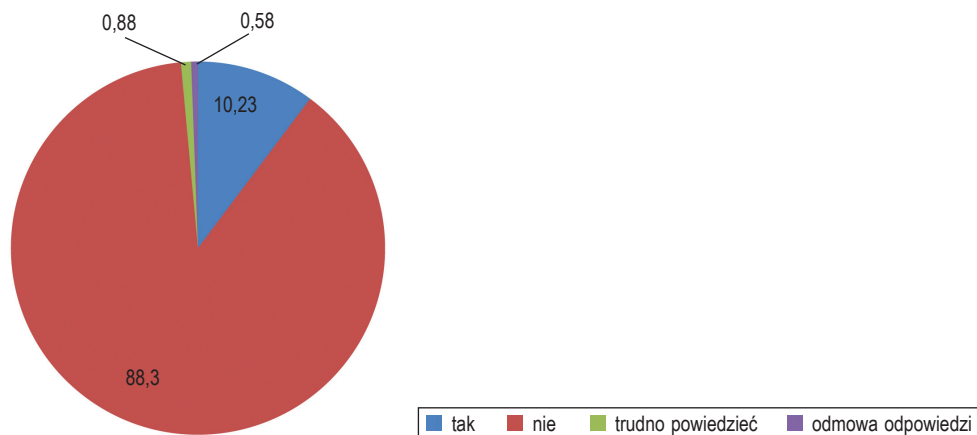
WYKRES 40. Opinia respondentów na temat miejsca zamieszkania



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



WYKRES 41. Rozkład odpowiedzi na pytanie o bycie ofiarą przemocy albo wandalizmu w najbliższej okolicy zamieszkania



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Obok poczucia bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania oraz najbliższej okolicy, elementem warunkującym jakość życia a przez to również kapitał zdrowotny jest możliwość dostępu do usług oraz infrastruktury miejskiej. Respondenci wyrazili opinie, że raczej zgadzają się ze stwierdzeniem, iż transport miejski jest na dobrym poziomie (43,57%). Podobną opinię uzyskano odnośnie łatwego dostępu do życia kulturalnego (31,87%) oraz do form rekreacji (34,50%). Podczas badania poruszono również kwestię zanieczyszczenia środowiska w postaci pyłów, sadzy, bądź nieprzyjemnych zapachów w najbliższej okolicy. Ankietowani podkreślili, iż zdecydowanie się zgadzają ze stwierdzeniem, że stan środowiska w ich okolicy cechują wskazane kategorie (40,64%), włącznie z hałasem, który również wskazano jako problem. Prezentacja graficzna poszczególnych wskazań w zakresie opinii respondentów o infrastrukturze miejskiej zawarta została na wykresie 44.

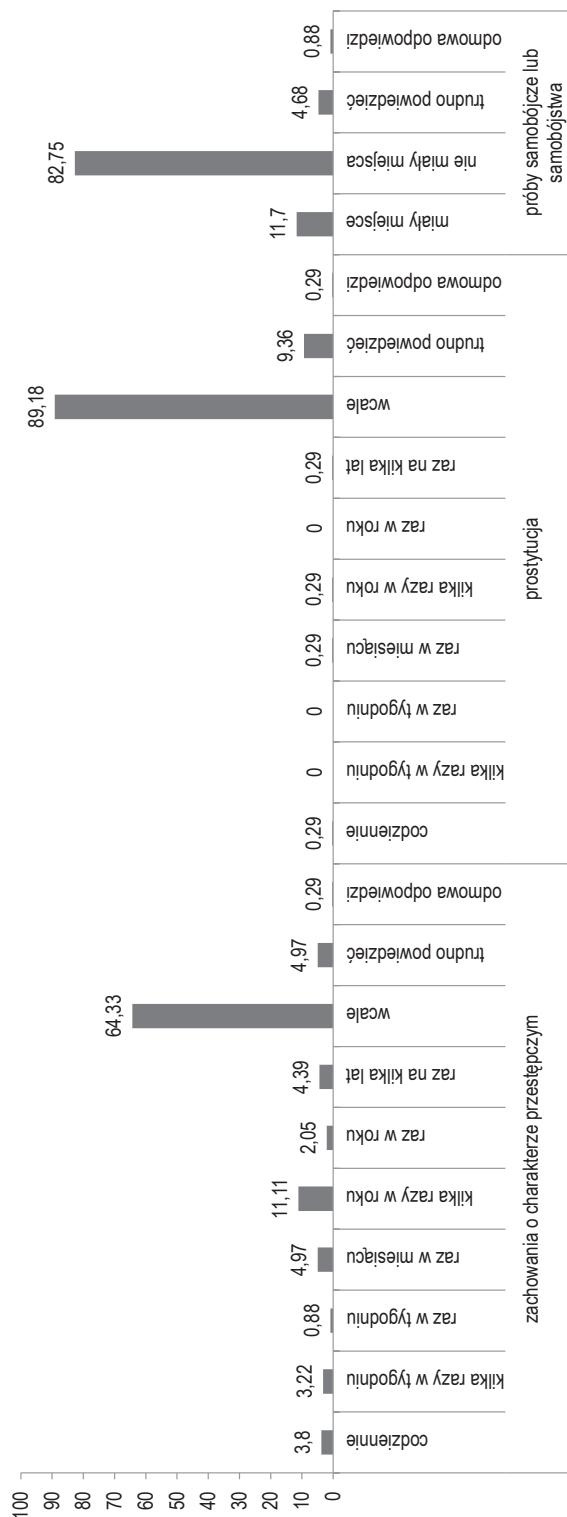
Korzystanie z infrastruktury miejskiej stanowiło kolejny element diagnozowania jakości środowiska zamieszkania, które determinuje stan zdrowia. Ankietowani wskazali, iż z terenów zielonych korzystają najczęściej, bo kilka razy w tygodniu (35,96%). Ponad połowa ankietowanych (52,92%) nie korzystała nigdy z bibliotek, kin czy teatrów, podobnie z placówek sportowych (66,67%) czy innych miejsc związanych ze spędzaniem czasu wolnego np. klubów – nie korzystało z nich 48,83% respondentów. Rzadziej niż kilka razy w miesiącu ankietowani korzystają z miejsc kultu religijnego (37,43%). Natomiast z placówek ochrony zdrowia korzystają kilka razy w miesiącu (42,40%). Prezentacja graficzna poszczególnych wskazań w zakresie korzystania respondentów z infrastruktury miejskiej zawarta została na wykresach 45 i 46.

Wykres 42. Zachowania o cechach patologicznych w miejscu zamieszkania respondentów cz. 1

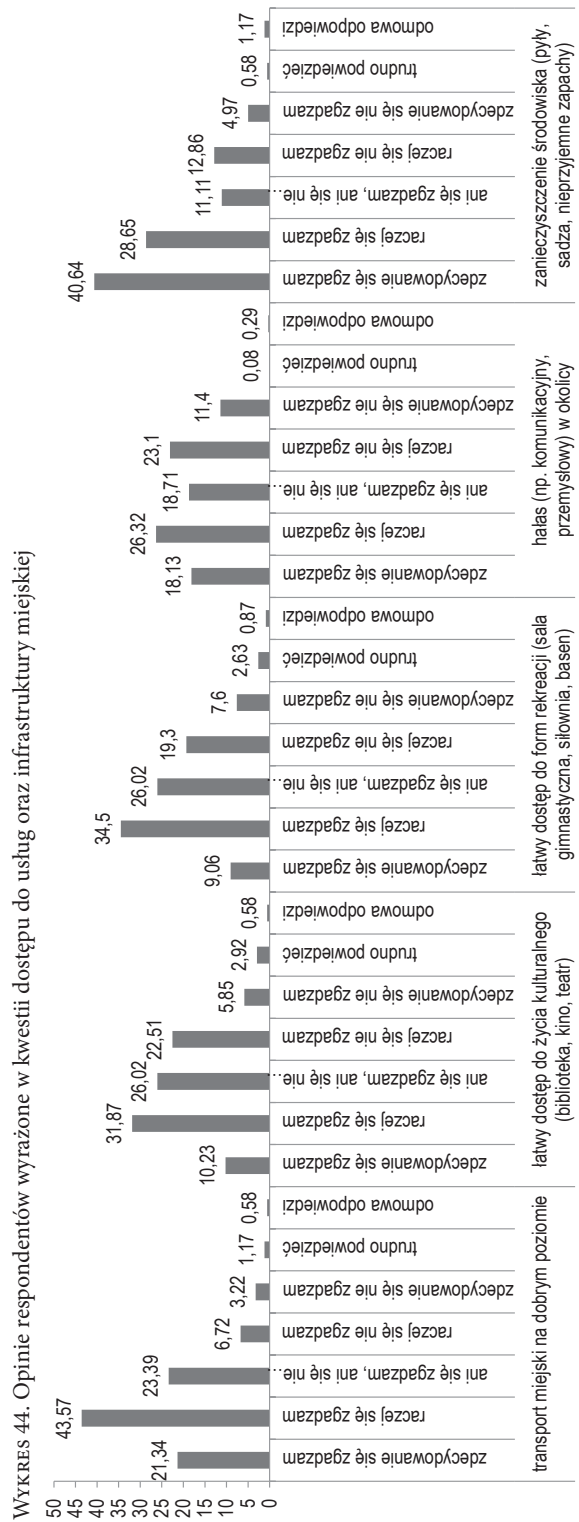


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 43. Zachowania o cechach patologicznych w miejscu zamieszkania respondentów cz. 2

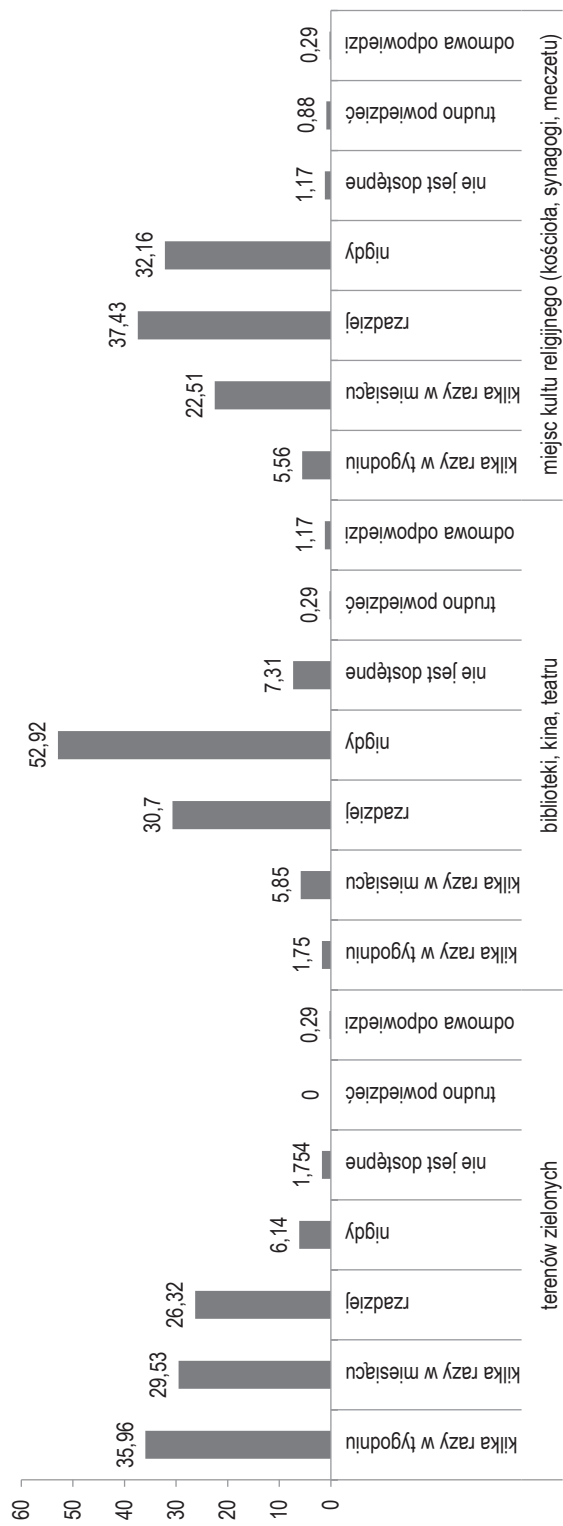


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



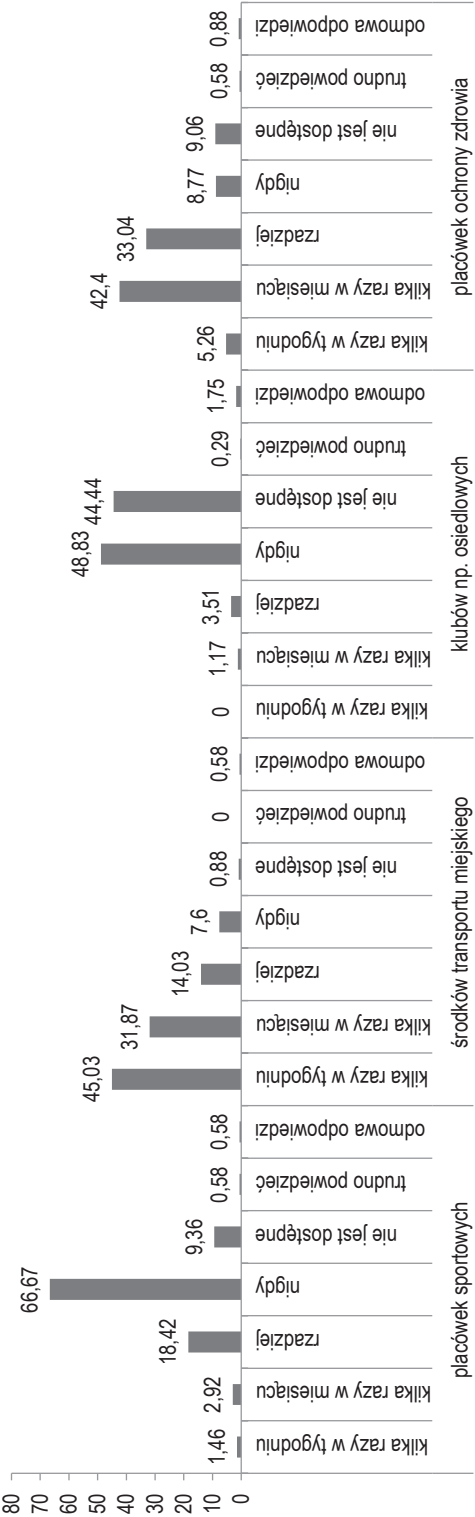
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 45. Korzystanie przez respondentów z dostępnej w ich okolicy infrastruktury cz. 1



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 46. Korzystanie przez respondentów z dostępnej w ich okolicy infrastruktury cz. 2



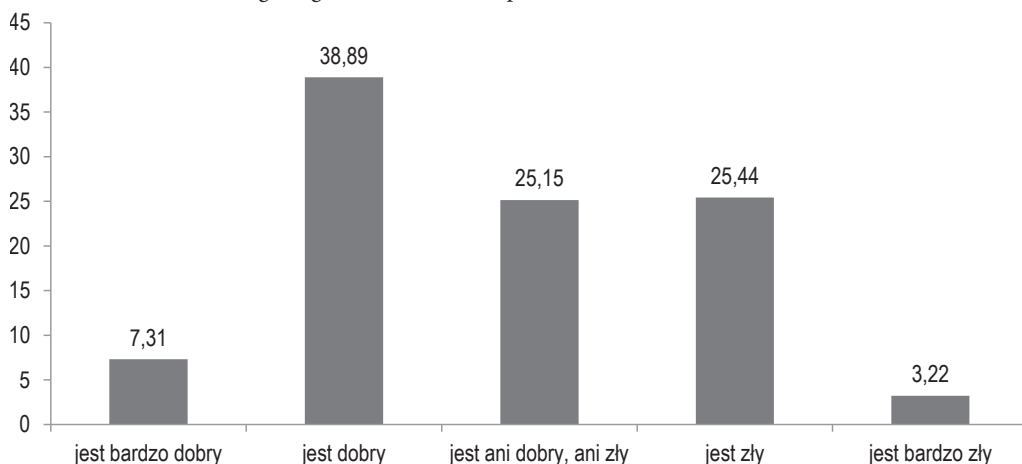
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

### 4.3. Moduł C: Stan zdrowia i samopoczucie

Przedmiotem Modułu C kwestionariusza wywiadu Stan zdrowia i samopoczucie stał się stan zdrowia osób wykluczonych ekonomicznie zamieszkujących przestrzeń poindustrialną. Samoocena stanowi bowiem powszechnie stosowane narzędzie w badaniach społecznych, a w przypadku zdrowia może odnosić się zarówno do zakresu ogólnie pojętego stanu zdrowia, jak również obejmować może wybrane jego elementy np. zakres sprawności, odczuwanie dolegliwości itp.

W kwestionariuszu wywiadu akcent został położony na trzy wymiary zdrowia: codzienne funkcjonowanie, samopoczucie psychiczne oraz występowanie chorób. W pierwszym etapie respondentów poproszono o ogólną ocenę stanu zdrowia. Przeważały oceny dobre i bardzo dobre (prawie 50%). Źle i bardzo źle stan zdrowia oceniła 1/3 respondentów (wykres 47).

WYKRES 47. Samoocena ogólnego stanu zdrowia respondentów

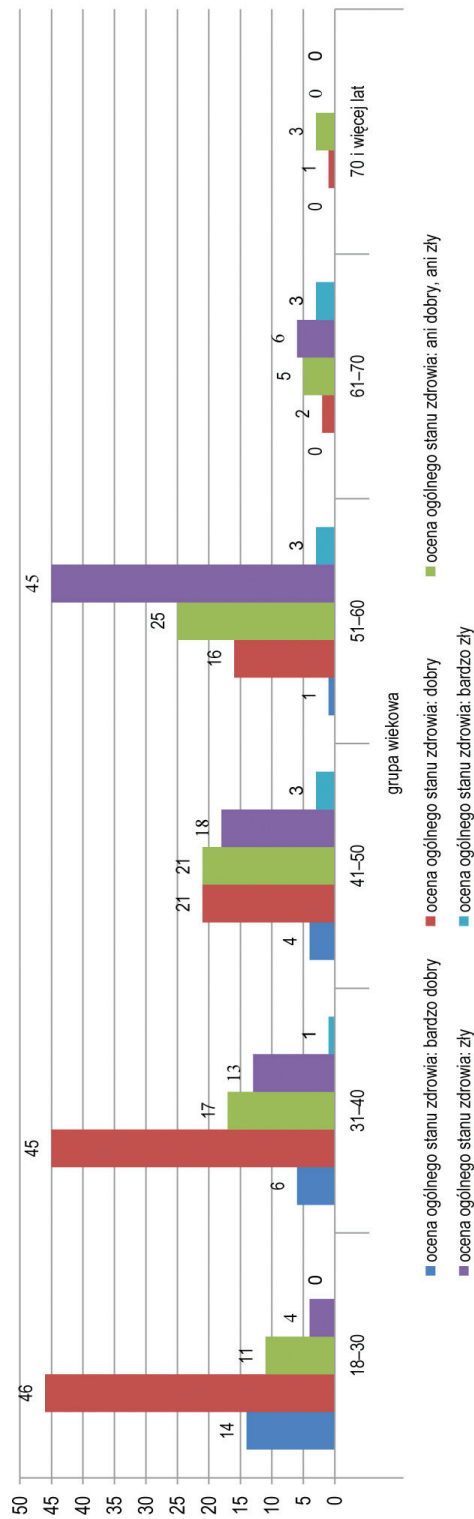


ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ważną perspektywą samooceny stanu zdrowia respondentów jest przedstawienie tego ujęcia w relacji krzyżowej z wiekiem ankietowanych. Najczęściej bowiem dobry i bardzo dobry stan zdrowia deklarowano w grupach wiekowych 18–30 oraz 31–40 lat, zaś zły stan zdrowia dominował w grupie wiekowej 51–60 lat (wykres 48).

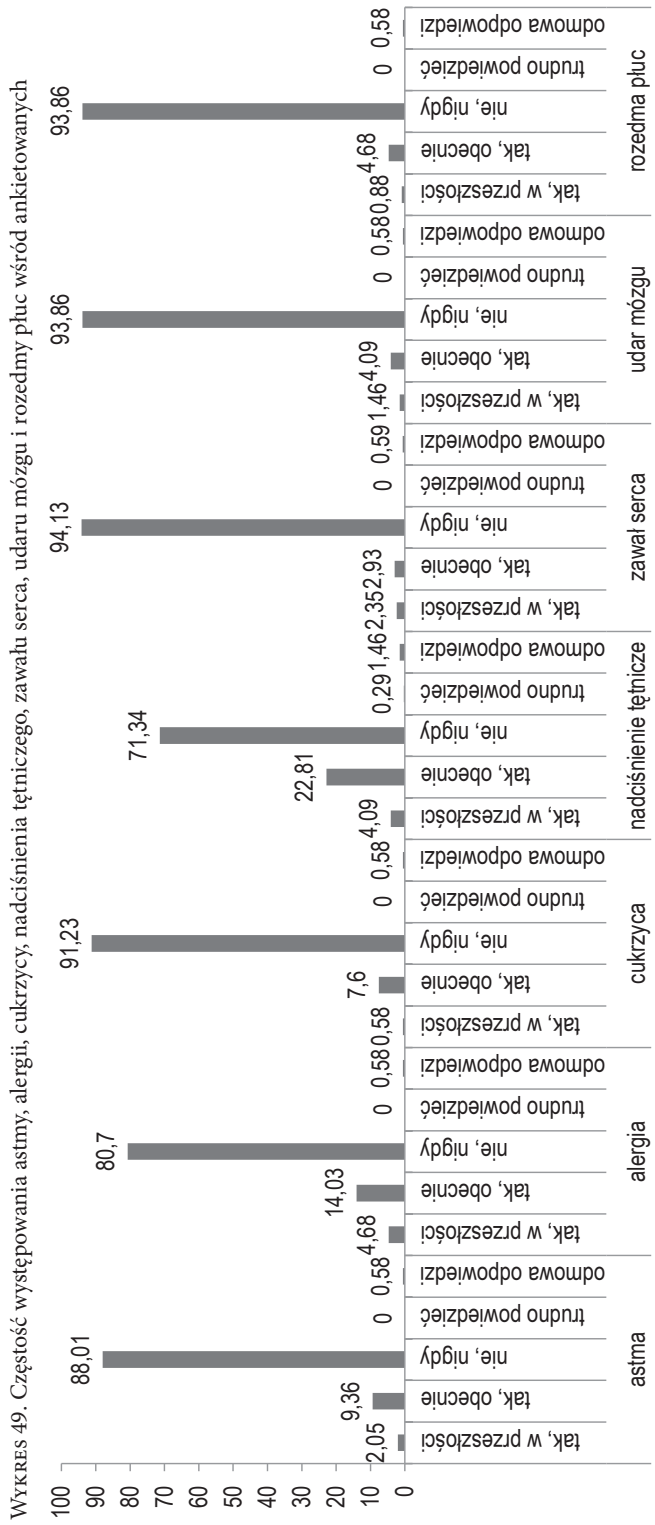
Istotnym elementem diagnozy ogólnego stanu zdrowia był fakt występowania schorzeń, co można uznać za obiektywny miernik stanu zdrowia osób wykluczonych ekonomicznie (wykresy 49 i 50).

WYKRES 48. Grupa wiekowa respondentów a ich stan zdrowia

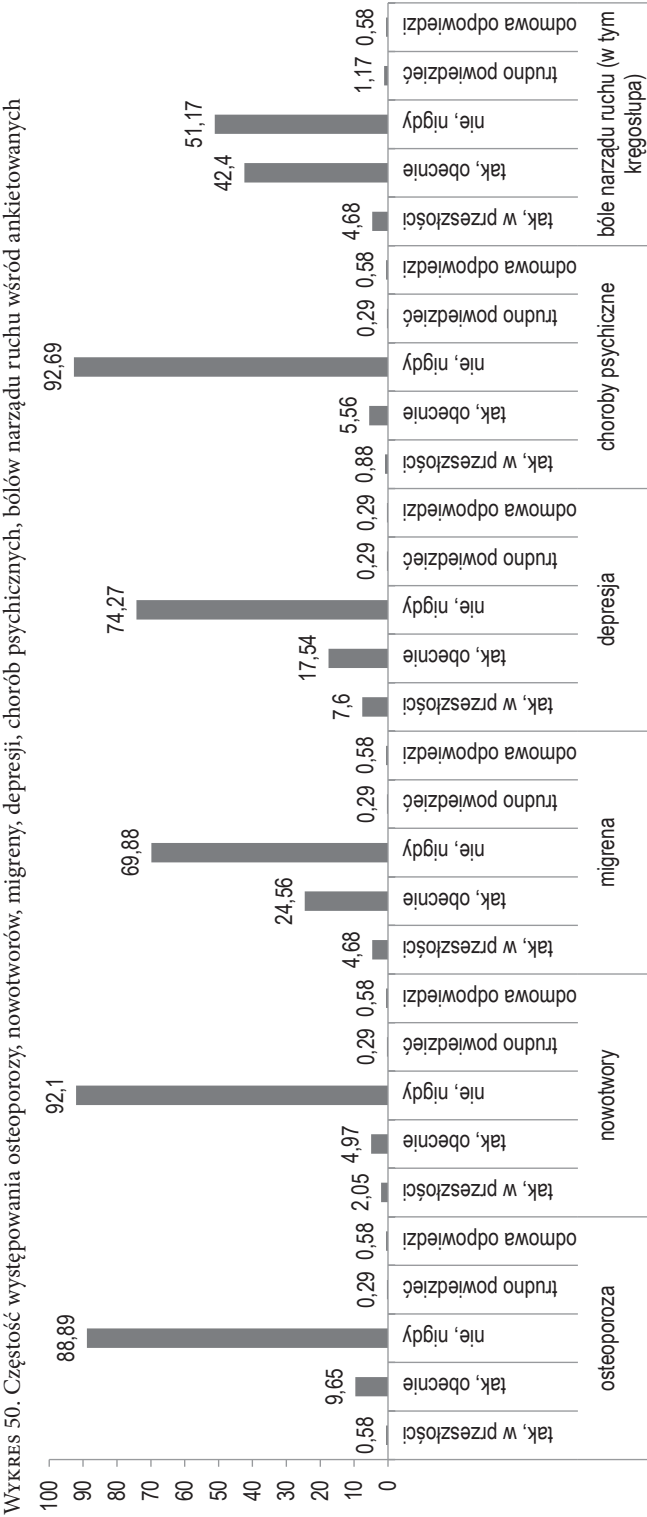


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.





Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



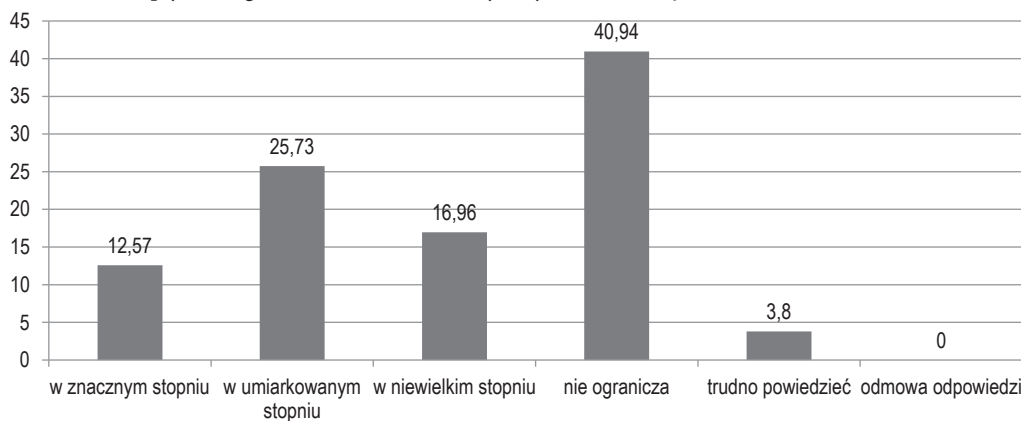
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Badana populacja charakteryzuje się dobrym stanem zdrowia, jednakże pośród zadeklarowanych obecnie i w przeszłości schorzeń można wyróżnić najczęściej występujące (wykres 56):

1. bóle narządów ruchu zaznaczyło 42,2% ankietowanych (w przeszłości 4,68%);
2. migrenę deklaruje 24,56% ankietowanych (w przeszłości 4,68%);
3. nadciśnienie tętnicze występuje w 22,81% przypadkach (w przeszłości 43,09%);
4. depresja występuje obecnie u 17,54% respondentów (w przeszłości 7,6%);
5. alergie obecnie zdiagnozowano u 14,03% ankietowanych (w przeszłości 4,68%);
6. osteoporozę obecnie wskazuje 9,65% respondentów (w przeszłości 0,58%);
7. astmę, na którą choruje 9,36% ankietowanych (w przeszłości 2,05%).

Ogólna ocena stanu zdrowia stanowiła etap wstępny do określenia funkcjonalnego wymiaru tej wartości. Respondent, udzielając odpowiedzi określającej stopień, w którym dolegliwości pozwalają mu na wykonywanie obowiązków definiował jego zakres. Najliczniejsza grupa ankietowanych, nieco ponad 40%, zadeklarowała, że obecne dolegliwości nie ograniczają możliwości wykonywania obowiązków domowych lub pracowniczych. Na niewielki stopień ograniczeń wskazuje 16,96%, a umiarkowany 25,73% ankietowanych. 12,57% ankietowanych obecne dolegliwości w znacznym stopniu ograniczają możliwości wykonywania obowiązków (wykres 51).

WYKRES 51. Wpływ dolegliwości na możliwości wykonywania obowiązków



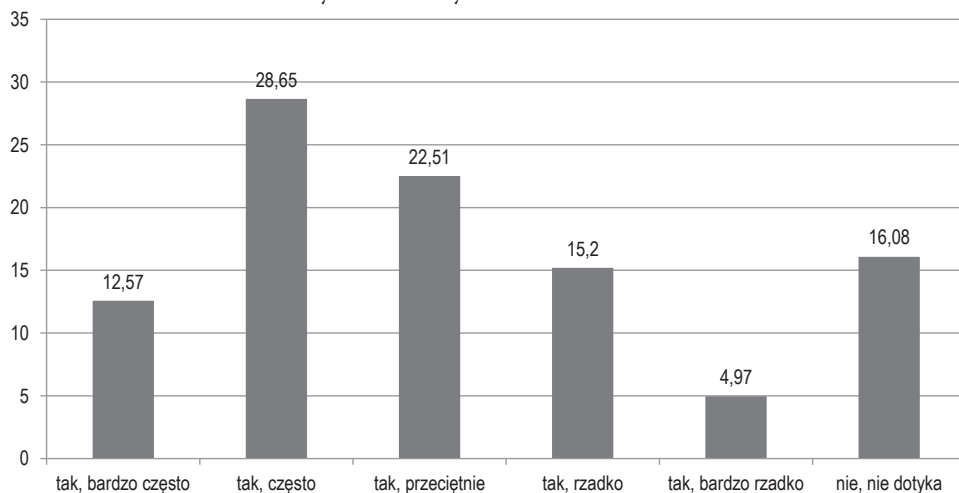
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W kwestionariuszu ankiety zawarto również pytanie dotyczące stresu w życiu codziennym, źródeł stresu oraz strategii, jakie respondenci przyjmują, aby ograniczyć stres. Często i bardzo często stres odczuwa 141 ankietowanych, co stanowi ponad 41% (wykres 52).

Najczęstszymi źródłami stresu wg respondentów okazały się problemy finansowe (84,56%), choroba (36,14%) oraz utrata pracy (27,37%), co stanowiło także odzwierciedlenie w najważniejszych przyczynach stresu (wykresy 53 i 54).

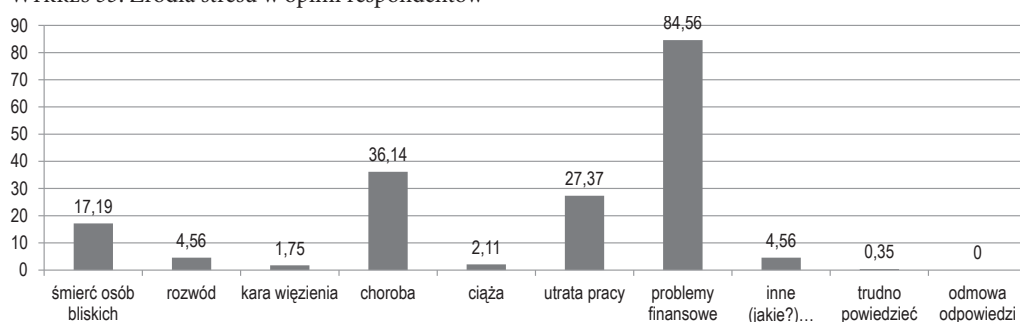
Sposoby walki ze stresem wskazane przez ankietowanych sprowadzały się najczęściej do wskazania rozmowy z osobami bliskimi (52,8%), słuchania muzyki (36,01%) oraz spaceru (33,57%), przy czym to rozmowa z osobami bliskimi była najważniejszą strategią radzenia sobie ze stresem (wykresy 55 i 56).

WYKRES 52. Odczuwanie stresu w życiu codziennym



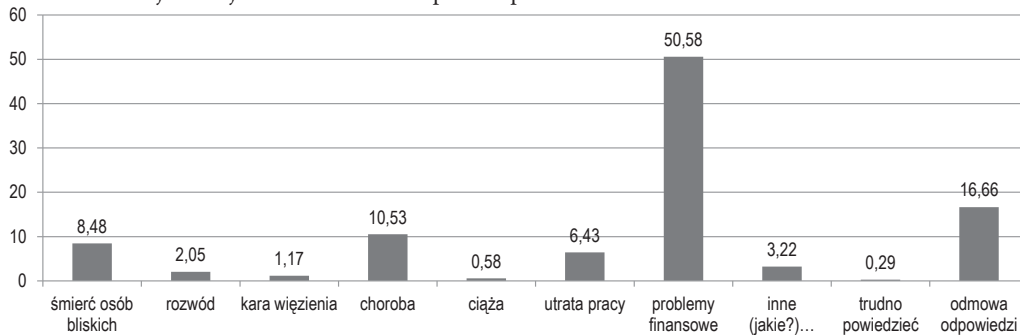
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 53. Źródła stresu w opinii respondentów



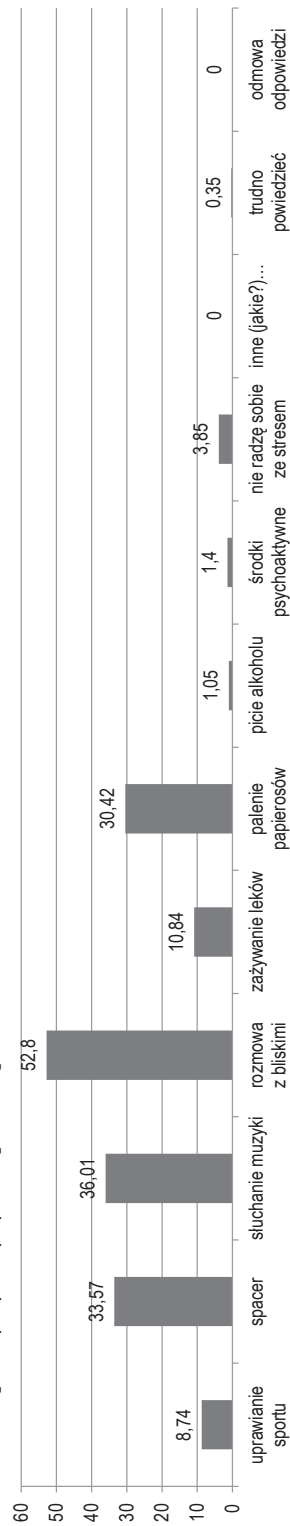
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 54. Najważniejsze źródła stresu w opinii respondentów



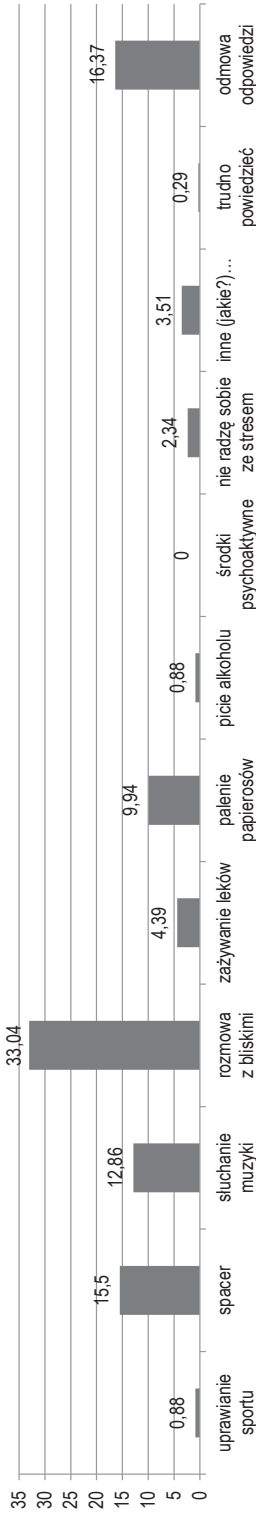
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 55. Sposoby wykorzystywane przez respondentów w radzeniu sobie ze stresem



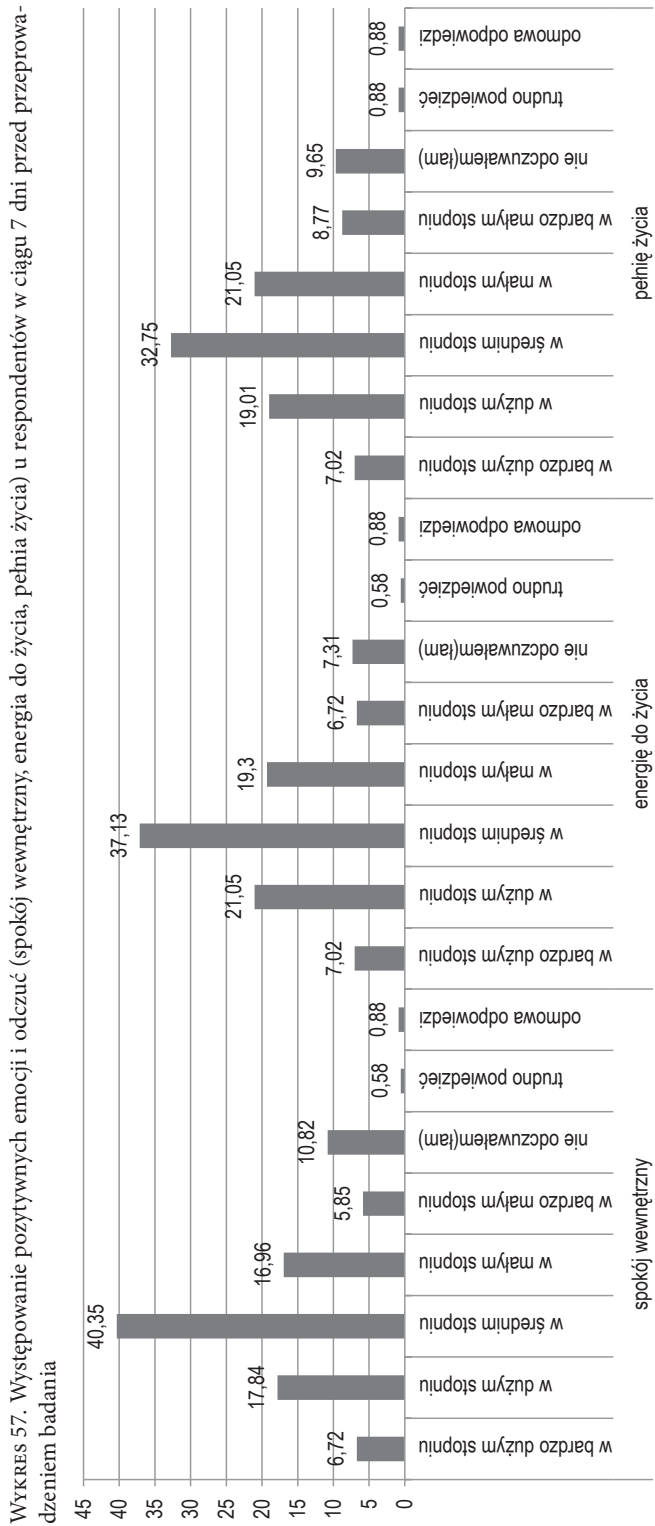
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 56. Najważniejsze sposoby wykorzystywane przez respondentów w radzeniu sobie ze stresem



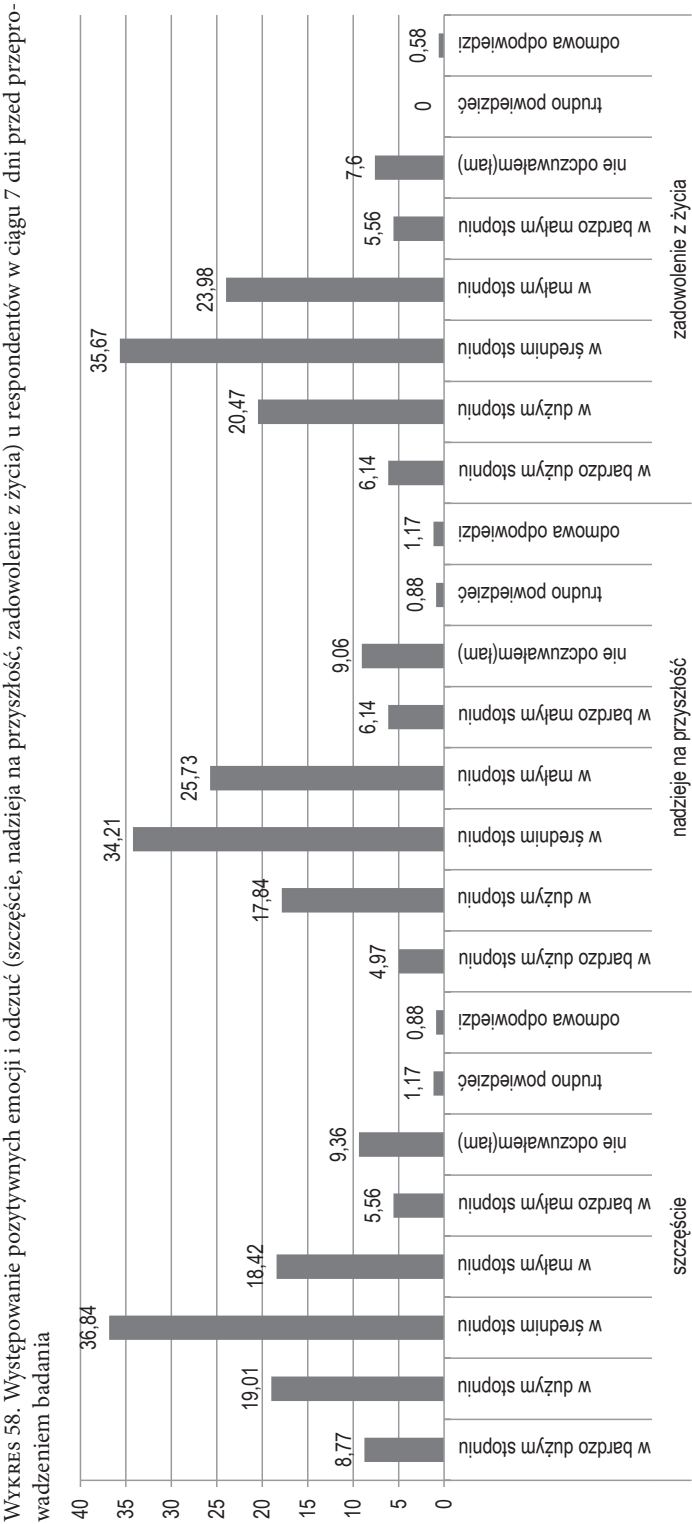
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Fizyczne funkcjonowanie respondentów nie stanowiło jedynej płaszczyzny oceny, uwzględniono bowiem również aspekt psychologiczny samopoczucia badanych. W procesie badawczym wykorzystano występowanie pozytywnych oraz negatywnych emocji i odczuć w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie. Ankietowani najczęściej zaznaczali, że emocje pozytywne odczuwają jedynie w średnim stopniu: spokój wewnętrzny (40,35%), energię do życia (37,13%), pełnię życia (32,75%), szczęście (36,84%), nadzieję na przyszłość (34,21%) oraz zadowolenie z życia (35,67%). W przypadku emocji negatywnych również najczęściej padały odpowiedzi „w średnim stopniu”: nerwowość (31,29%), wyczerpanie (30,90%), brak nadziei (30,12%), smutek (32,46%), beznadziejność sytuacji (25,73%) oraz zmartwienia (30,41%). Prezentacja graficzna poszczególnych wskazań w zakresie odczuwanych emocji zawarta została na wykresach 57–60.

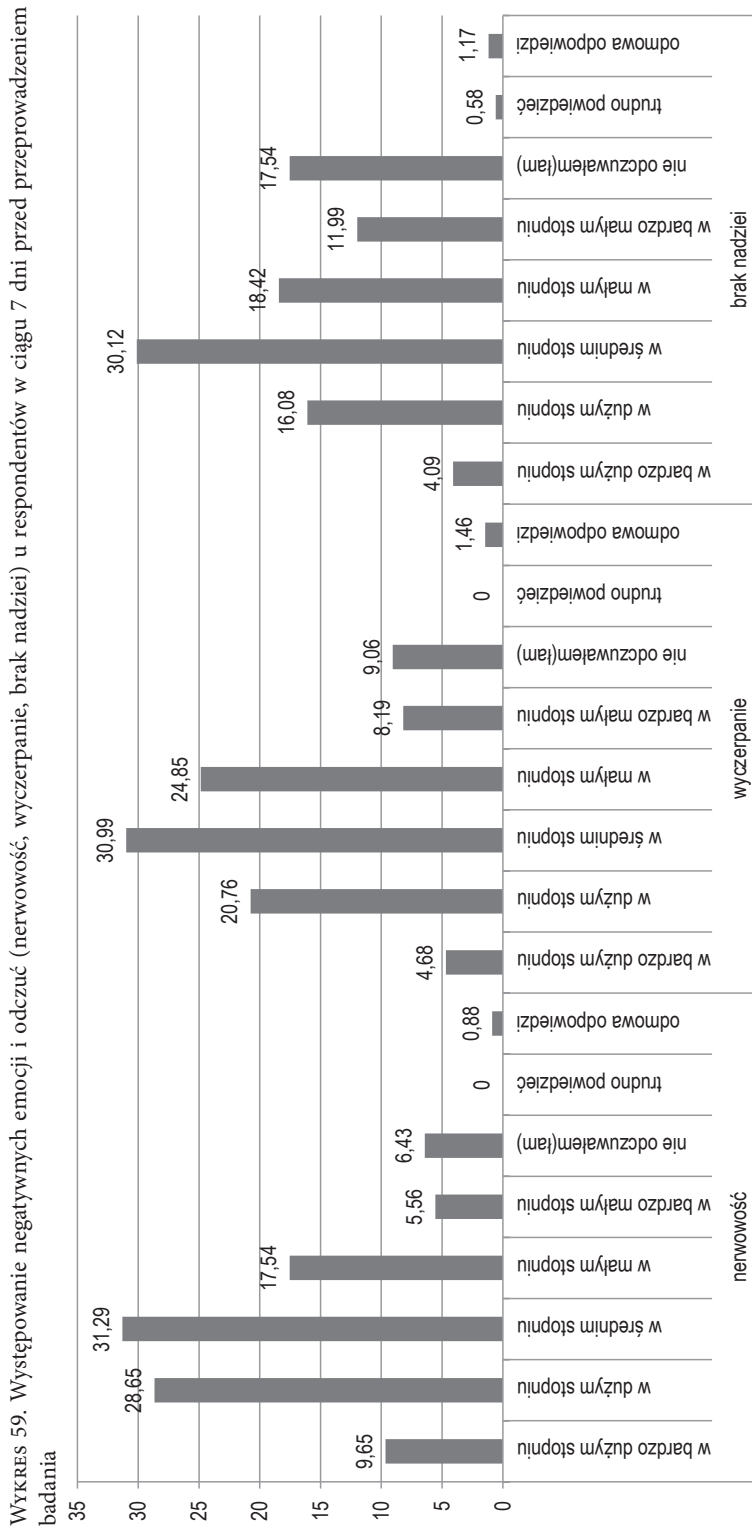


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

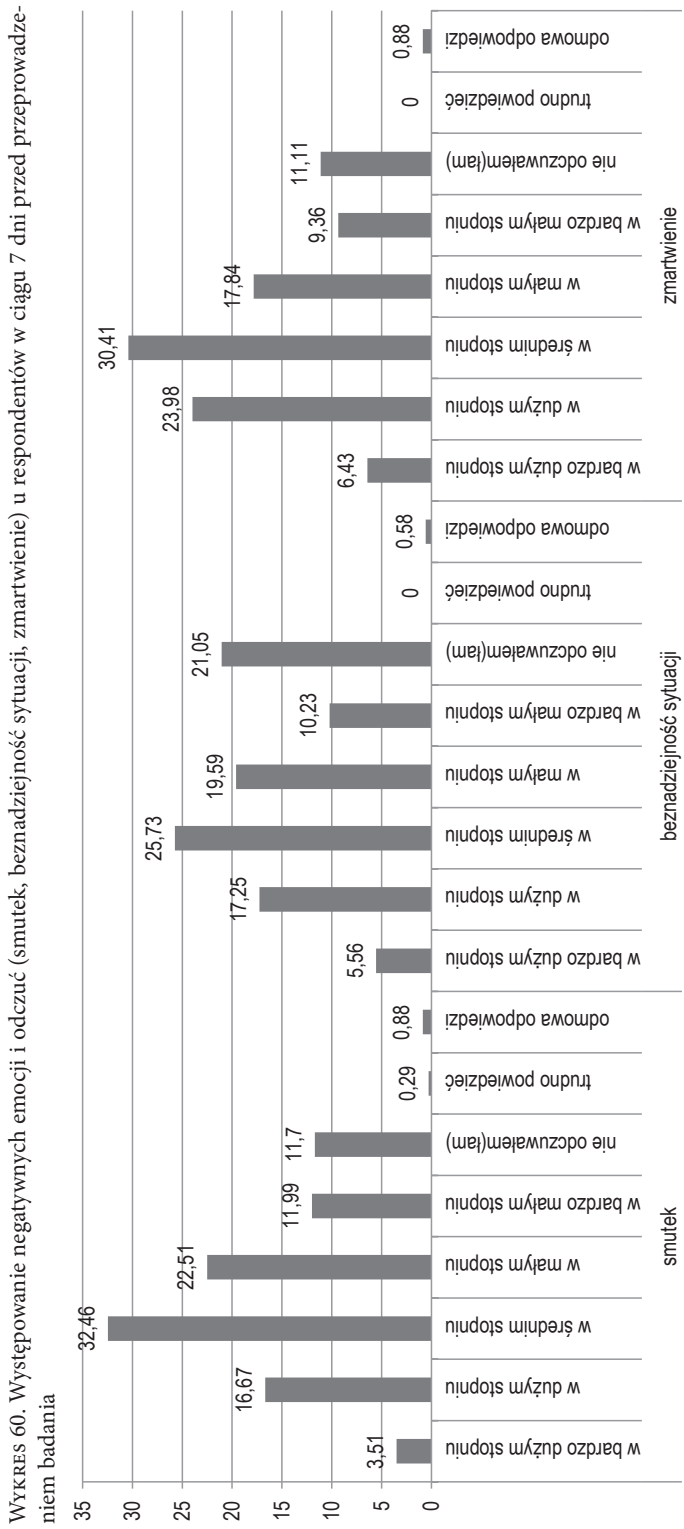




Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

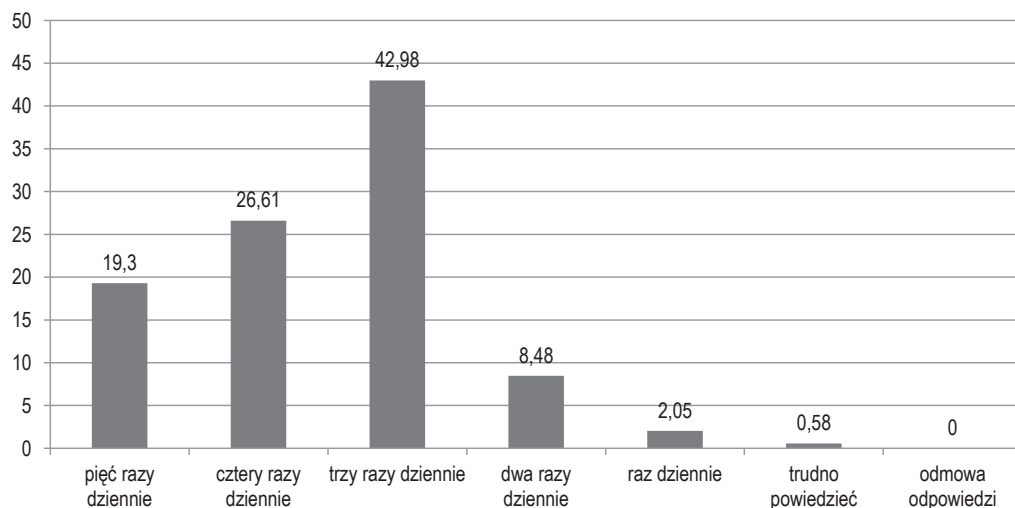
## 4.4. Moduł D: Dieta i styl życia

Ważnym aspektem związanym z problemem badawczym dotyczącym kapitału zdrowotnego osób wykluczonych ekonomicznie były zachowania zdrowotne towarzyszące codziennemu funkcjonowaniu ankietowanych oraz ich styl życia. W kwestionariuszu ankiety pośród czynników ze wskazanego obszaru uwzględniono szczegółowe kwestie m.in.: wybrane aspekty odżywiania, indeks masy ciała i związane z nim intencje zmiany, palenie papierosów, aktywność fizyczna w czasie wolnym, które to kategorie stały się następnie przedmiotem pytań zawartych w Module D.

Sposób odżywiania stanowi jedną z najistotniejszych podstaw stanu zdrowia społeczeństwa, a nieprawidłowa dieta w dużym stopniu przyczynia się do rozwoju oraz poziomu zaawansowania chorób zależnych od diety, m.in. choroby układu sercowo-naczyniowego, różnych rodzajów nowotworów, otyłości, cukrzycy czy osteoporozy.

Podczas badań obejmujących identyfikację stylu życia zasadniczą kwestią stało się uzyskanie wiedzy o odżywianiu oraz nawykach dietetycznych respondentów, poprzez rozróżnienie częstości konsumpcji, ale również i częstości konsumpcji określonych grup produktów spożywczych istotnych w procesie utrzymania zdrowia. Najczęściej ankietowani wskazywali, że spożywają trzy posiłki dziennie (42,98%), zaś prawie 27% spożywa cztery posiłki dziennie (wykres 61).

WYKRES 61. Częstość konsumpcji w gospodarstwach domowych ankietowanych



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Podstawą diety ankietowanych są chleb lub bułki, które spożywają kilka razy dziennie (71,55%) oraz makaron spożywany kilka razy w tygodniu (33,33%). Dieta ankietowanych opiera się zatem na produktach mącznych w połączeniu z wędlinami niższej jakości typu pasztetowa, która w jadłospisie ankietowanych znajduje się kilka razy w tygodniu (35,09%).

Mięso spożywane jest przez respondentów najwyżej kilka razy w tygodniu (43,86%), przy czym jest to najczęściej drób (43,86%) oraz wieprzowina, jednakże tylko raz w tygodniu (31,58%). Ryby i przetwory rybne również spożywane są raz w tygodniu (38,89%). Natomiast jaja i nabiał ankietowani spożywają prawie codziennie (35,67%). W przypadku tłuszczu najczęściej respondenci wymienili smalec – prawie codziennie (28,36%) oraz oleje – również prawie codziennie (30,12%).

Warzywa ankietowani spożywają prawie codziennie, przy czym dominują w diecie: prawie codziennie ziemniaki (42,98%) oraz zjadane kilka razy w tygodniu pomidory (25,44%). Owoce również znalazły się wśród produktów wchodzących w skład diety prawie codziennie (34,21%) (wykresy 62–66).

W ramach pytań Modułu D respondentów poproszono również o podanie informacji związanych ze wzrostem oraz wagą ciała. W oparciu o uzyskane dane możliwe okazało się ustalenie indeksu masy ciała (BMI) wskazującego na relację między nią a wzrostem<sup>3</sup>. W procesie interpretacji wyników przyjęto skalę zaproponowaną przez WHO (tabela 5).

TABELA 5. Wskaźnik BMI zgodny ze wskazaniami WHO

Klasyfikacja	Główne punkty odcięcia
Wyniszczenie	<16.00
Wychudzenie	16.00–16.99
Niedowaga	17.00–18.49
Waga prawidłowa	18.50–24.99
Nadwaga	25.00–29.99
I stopień otyłości	30.00–34.99
II stopień otyłości	35.00–39.99
III stopień otyłości (tzw. otyłość kliniczna)	≥40.00

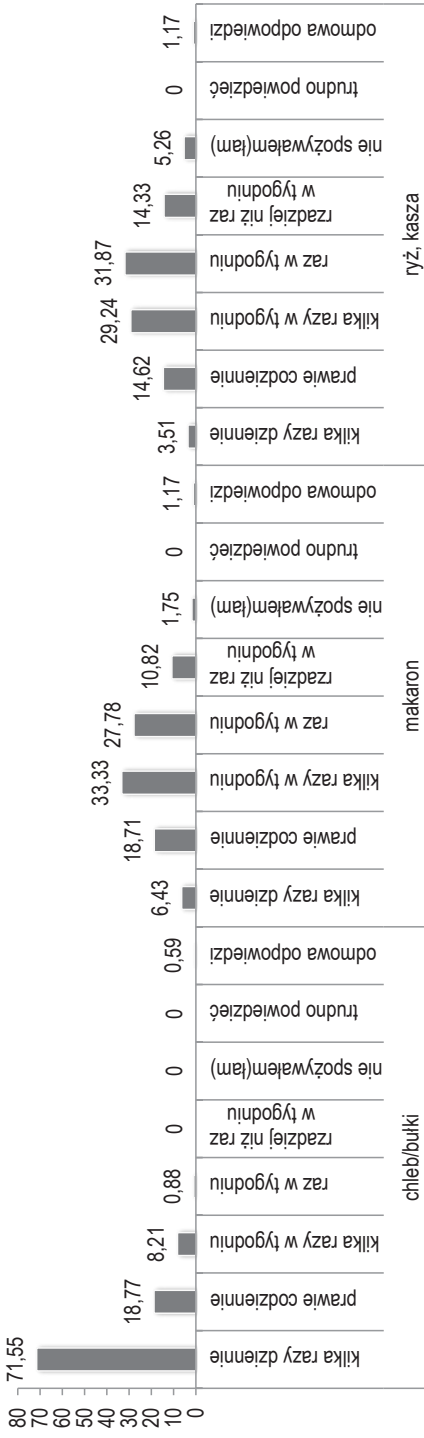
ŹRÓDŁO: BMI classification WHO, <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm> (dostęp: 5.05.2018).

Nadwaga i otyłość należą do czynników ryzyka w zakresie zwiększonej zachorowalności i umieralności w przypadku wielu chorób przewlekłych, m.in. schorzeń układu krążenia, nowotworów oraz cukrzycy, a także chorób układu ruchu o podłożu przeciążeniowym. Nadwadze i otyłości często towarzyszą nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia metaboliczne. Ocenia się, że w Europejskim Regionie WHO około 150 mln osób dorosłych oraz 15 mln dzieci spełnia kryteria zdiagnozowania otyłości. W Polsce odsetek osób z prawidłową masą ciała jest wyższy wśród kobiet (49,7%) niż wśród mężczyzn (38,4%). Nadwaga dotyczy 40,4% mężczyzn oraz 27,9% kobiet, natomiast rozpowszechnienie otyłości jest zbliżone u obu płci (20,6% mężczyzn i 20,2% kobiet)<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Obliczając wskaźnik BMI korzystano ze wzoru  $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost [m]}^2$ .

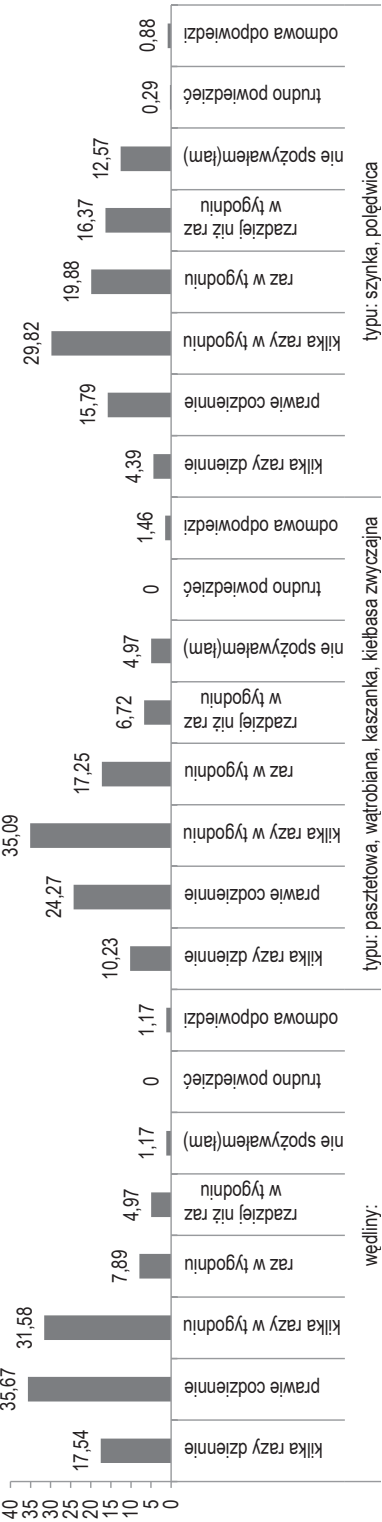
<sup>4</sup> Por. U. BIELA: Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. „Kardiologia Polska” 2005, nr 63 (Suppl. IV).

WYKRES 62. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 1



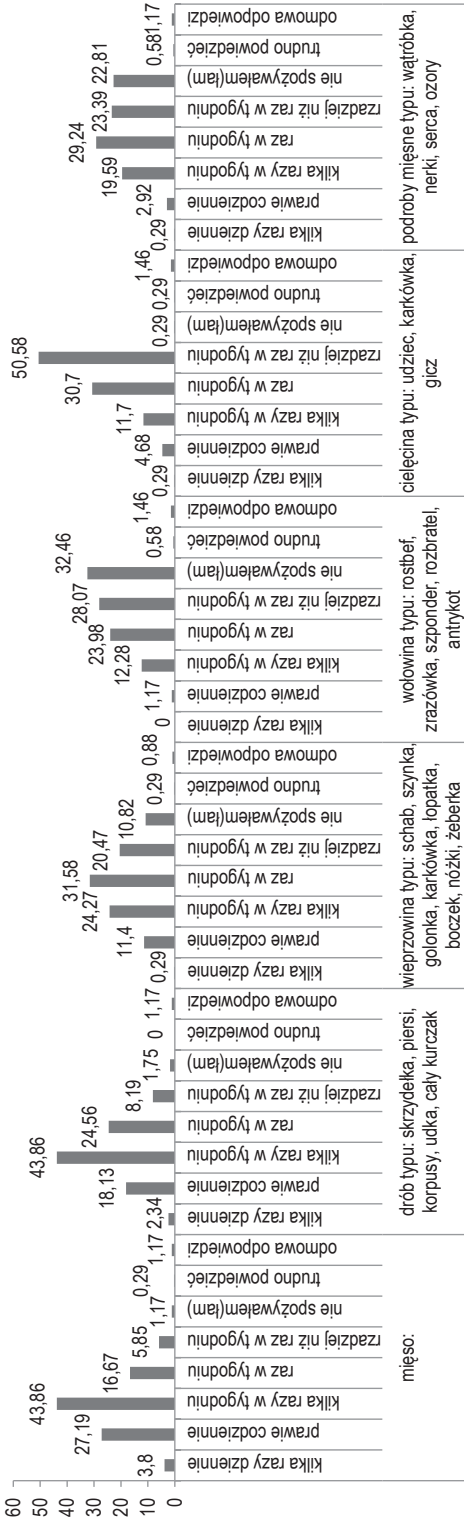
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 63. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

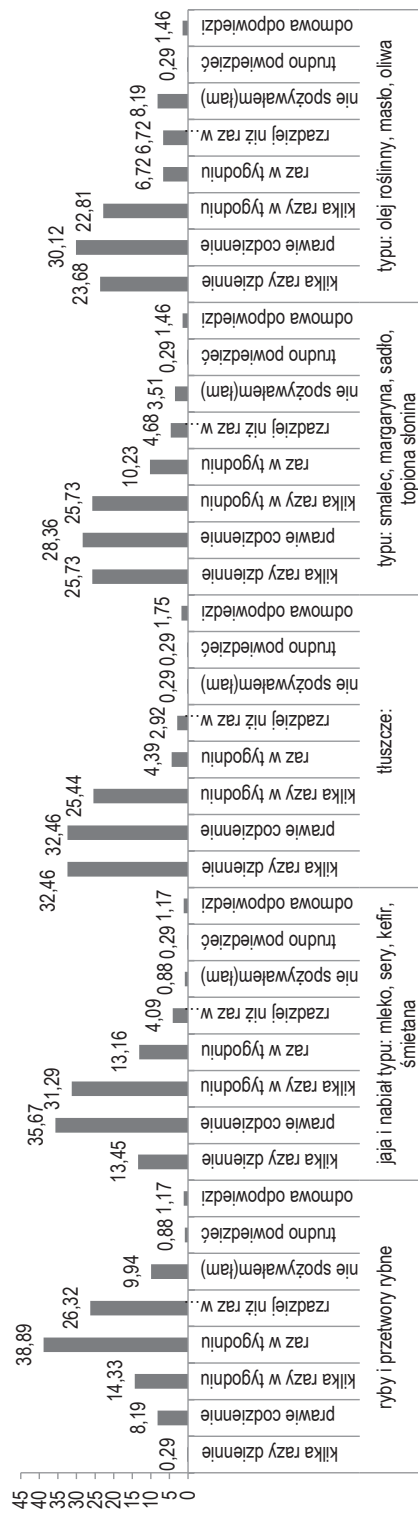
Wykres 64. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 3



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

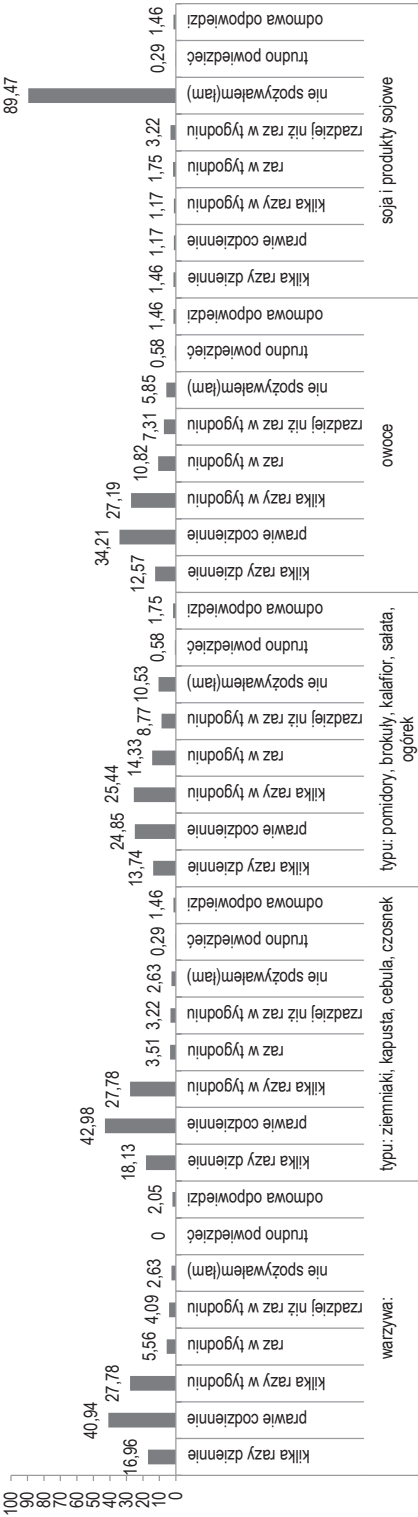


Wykres 65. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 4



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

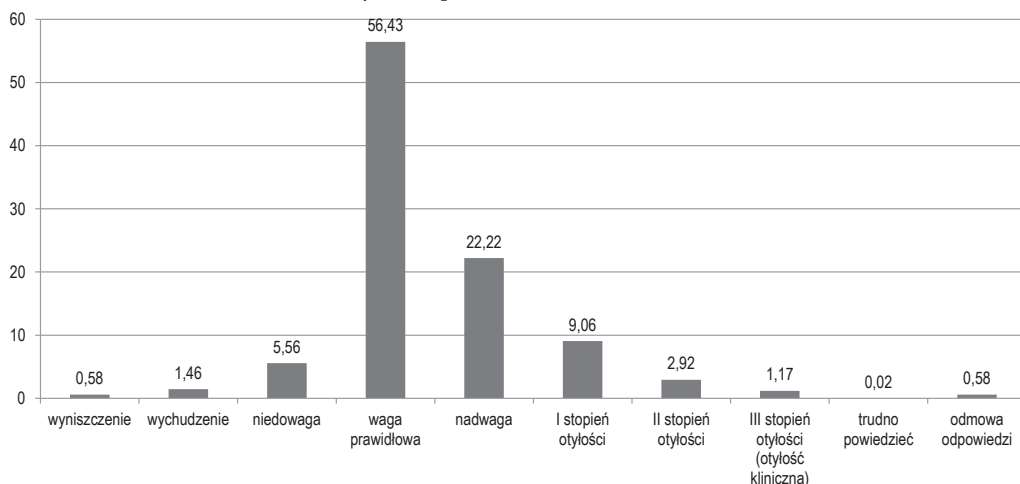
Wykres 66. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 5



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wskaźnik BMI dla ponad połowy ankietowanych pozostawał w normie. Nadwagę zaobserwowano w 22,22% przypadków. Otyłość pierwszego i drugiego stopnia stanowiła kolejno 9,06% i 2,92%, zaś otyłość kliniczną zdiagnozowano u 1,17% przypadków (wykres 67).

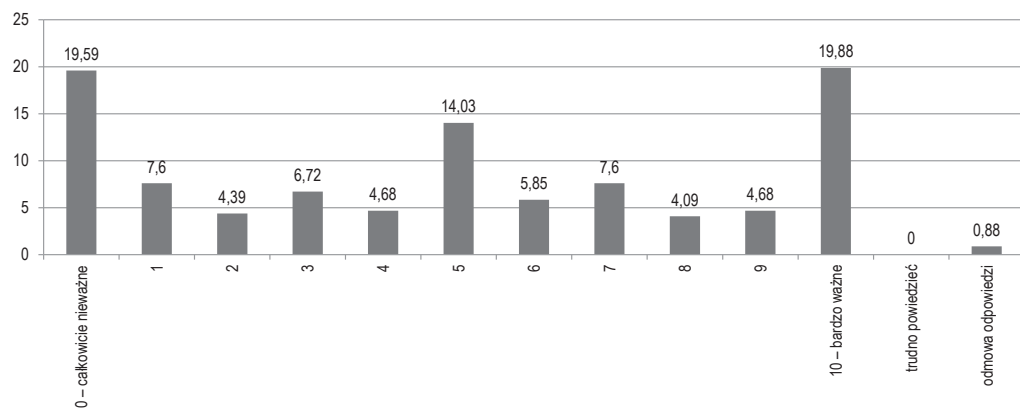
WYKRES 67. Wskaźnik BMI obliczony dla respondentów



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zasadnym w kontekście wskaźnika BMI było pytanie dotyczące określenia, na ile zmiana wagi ciała jest dla respondentów ważna. Zastosowano 10 stopniową skalę oceny, przy czym 0 oznaczało całkowicie nieważne, a 10 bardzo ważne. Rozkład ocen dokonanych przez respondentów wskazuje na zasadnicze rozbieżności w tej kwestii. Niemal po 20% respondentów wskazało odpowiedzi całkowicie ważne oraz całkowicie nieważne, co może świadczyć o nikłym zrozumieniu relacji występującej pomiędzy wskaźnikiem BMI a procesem utrzymania dobrego stanu zdrowia (wykres 68).

WYKRES 68. Ocena respondentów istotności zmiany wagi



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Niezbędnym elementem analizy wskaźnika BMI wśród respondentów jest wskazanie korelacji krzyżowych występujących pomiędzy wiekiem ankietowanych a tym wskaźnikiem, ponieważ nadwaga stanowi istotny problem wśród grup wiekowych 31–40 oraz 51–60 lat, natomiast I stopień otyłości występuje w grupie wiekowej 31–40 i 41–50 lat (wykres 69).

Palenie tytoniu stanowi uznany, pojedynczy czynnik determinujący stan zdrowia, a zatem również poziom kapitału zdrowotnego. Powszechnie uważane jest za najistotniejszy zdefiniowany czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, m.in. chorób układu krążenia i oddechowego oraz nowotworów. W społeczeństwach państw uprzemysłowionych palenie papierosów stanowi podstawową i jednocześnie usuwalną przyczynę zgonów, zwłaszcza przedwczesnych. Według Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 roku osoby palące tytoń codziennie stanowiły w Polsce 22,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej (7,3 mln osób). Łącznie z osobami palącymi okazjonalnie (3,4%, tj. 1 mln osób) stanowiło to 26,1%, czyli 8,3 mln osób. Odsetek osób palących codziennie był w Polsce wyższy niż średnia dla pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej wynosząca 21%<sup>5</sup>. Analiza wyników badania przeprowadzonego wśród ponad 14 tys. dorosłych Polaków w latach 2003–2005 Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) wskazuje, że około 42% mężczyzn oraz 25% kobiet wypala więcej niż jednego papierosa dziennie<sup>6</sup>.

Status nikotynowy respondentów zmierzony został za pomocą pytania dotyczącego obecnego lub przeszłego palenia papierosów. Większość spośród respondentów pali obecnie papierosy (66,08%), przy czym ich liczba wynosi najczęściej około 20 sztuk tygodniowo, czyli niespełna 3 papierosy dziennie (wykres 70 i 71).

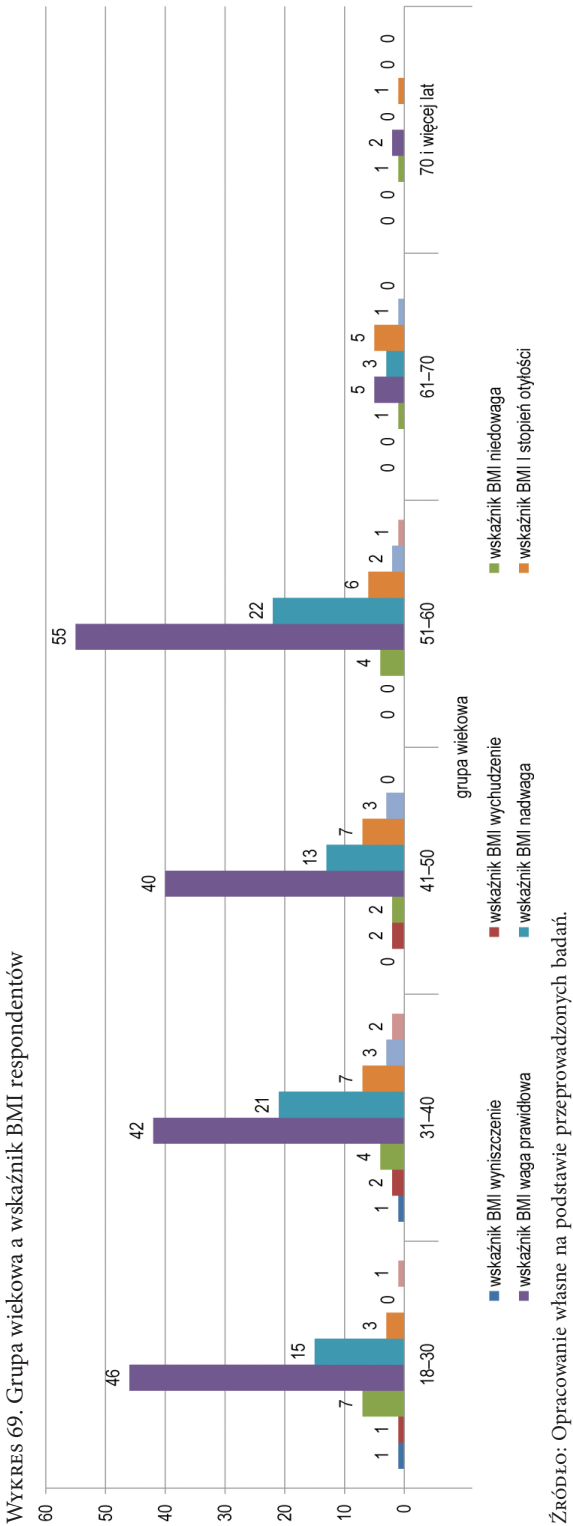
W przeszłości papierosy paliło natomiast codziennie jedynie 8,77% respondentów, a najliczniejszą grupę spośród respondentów stanowiły osoby, które nigdy wcześniej nie paliły papierosów (wykres 72).

Zasadnym także w kontekście palenia papierosów stało się pytanie skierowane do palących obecnie papierosy respondentów, aby określili, jak istotne było dla nich zaprzestanie palenia. Zastosowano 10 stopniową skalę oceny, przy czym 0 oznaczało całkowicie nieważne, a 10 bardzo ważne. Rozkład ocen dokonanych przez respondentów wskazuje na fakt, że zaprzestanie palenia papierosów jest dla nich bardzo ważne (wykres 73).

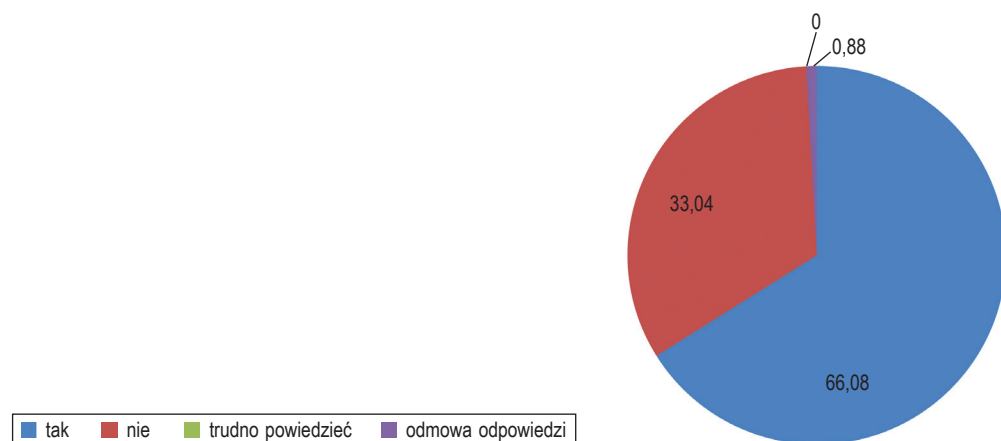
Proces rozpoznawania stylu życia osób wykluczonych ekonomicznie powinien uwzględnić również podejmowanie przez respondentów aktywności fizycznej, np. podczas spędzania wolnego czasu. Ankietowani wskazywali, że kategorią najtrafniej opisującą spędzanie przez nich wolnego czasu jest oglądanie telewizji lub słuchanie radia (34,79%), zabawa z dzieckiem (23,68%), a także czytanie książek lub gazet (14,33%), (wykresy 74 i 75).

<sup>5</sup> W.S. ZGLICZYŃSKI: *Palenie tytoniu w Polsce*. „Infos. BAS Biur Analiz Sejmowych” 2017, nr 14 (237), s. 1.

<sup>6</sup> M. POLAKOWSKA: *Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ*. „Kardiologia Polska” 2005, nr 63 (Suppl. IV), s. 1–6.

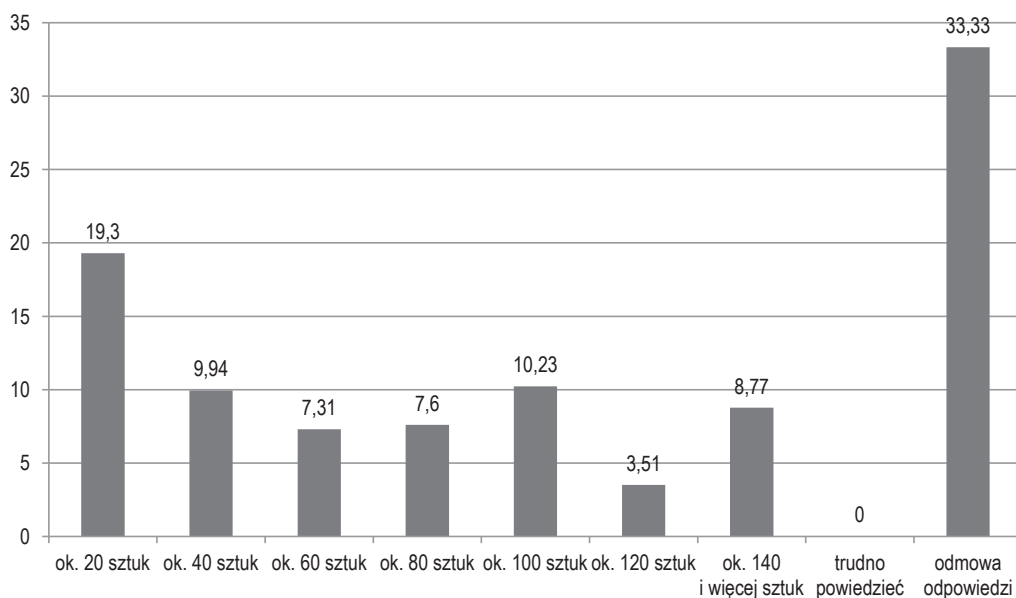


WYKRES 70. Odsetek respondentów palących obecnie papierosy



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 71. Liczba sztuk papierosów wypalanych przez respondentów w ciągu tygodnia



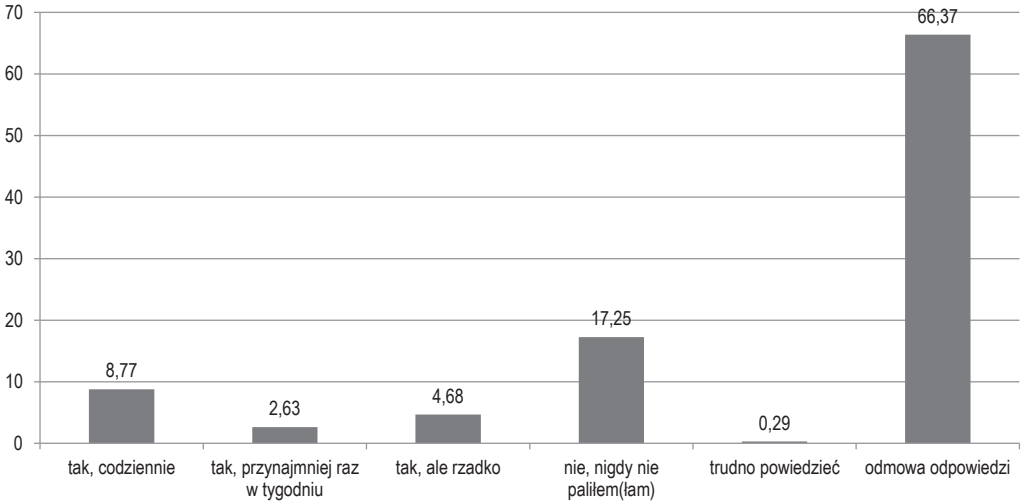
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W tym kontekście warto wspomnieć o fakcie, że niski poziom aktywności fizycznej stanowi jeden z najbardziej rozpowszechnionych czynników zagrożenia chorobami układu krążenia, nowotworami, cukrzycą oraz chorobami układu ruchu, zaś regularny wysiłek fizyczny może obniżyć ryzyko umieralności ogólnej.

Zgodnie z wynikami badania WOBASZ w naszym kraju 35% populacji (37% kobiet i 32% mężczyzn) nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych, które trwają minimum 30 minut dziennie i są prowadzone w czasie wolnym od pracy i nauki. Niewielka ak-

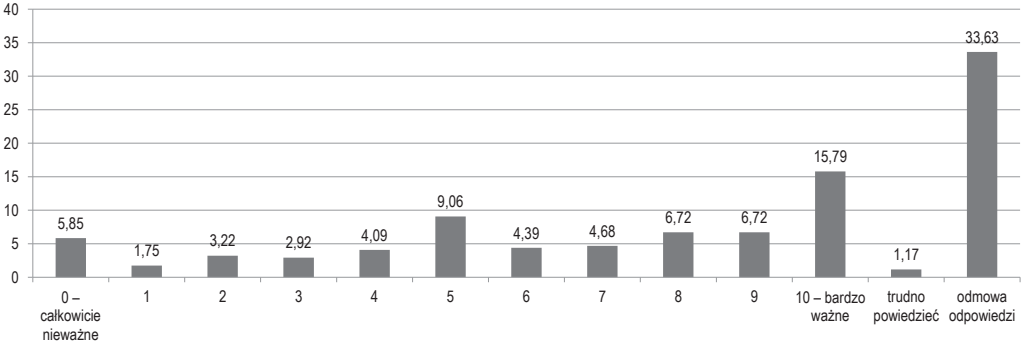
tywność fizyczna należy zatem w Polsce do najbardziej rozpowszechnionych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca i innych chorób przewlekłych<sup>7</sup>.

WYKRES 72. Odsetek respondentów palących w przeszłości papierosy



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

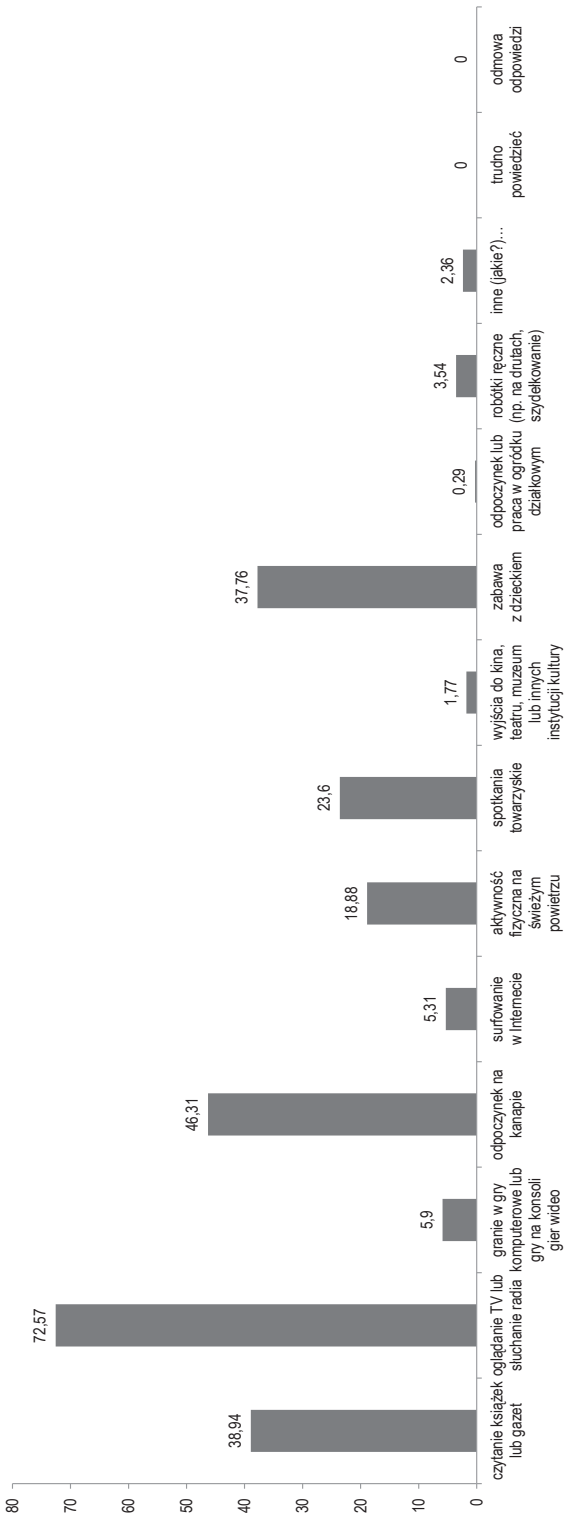
WYKRES 73. Ocena tego, jak ważne dla respondentów było zaprzestanie palenia papierosów



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

<sup>7</sup> W. DRYGAS, M. KWAŚNIEWSKA, D. KALETA, M. PIKALA, W. BIELECKI, J. GŁUSZEK, T. ZDROJEWSKI, A. PAJĄK, K. KOZAKIEWICZ, G. BRODA: *Epidemiology of physical inactivity in Poland: Prevalence and determinants in a former communist country in socioeconomic transition*. „Public Health” 2009, Vol. 123, Issue 9, s. 592–597.

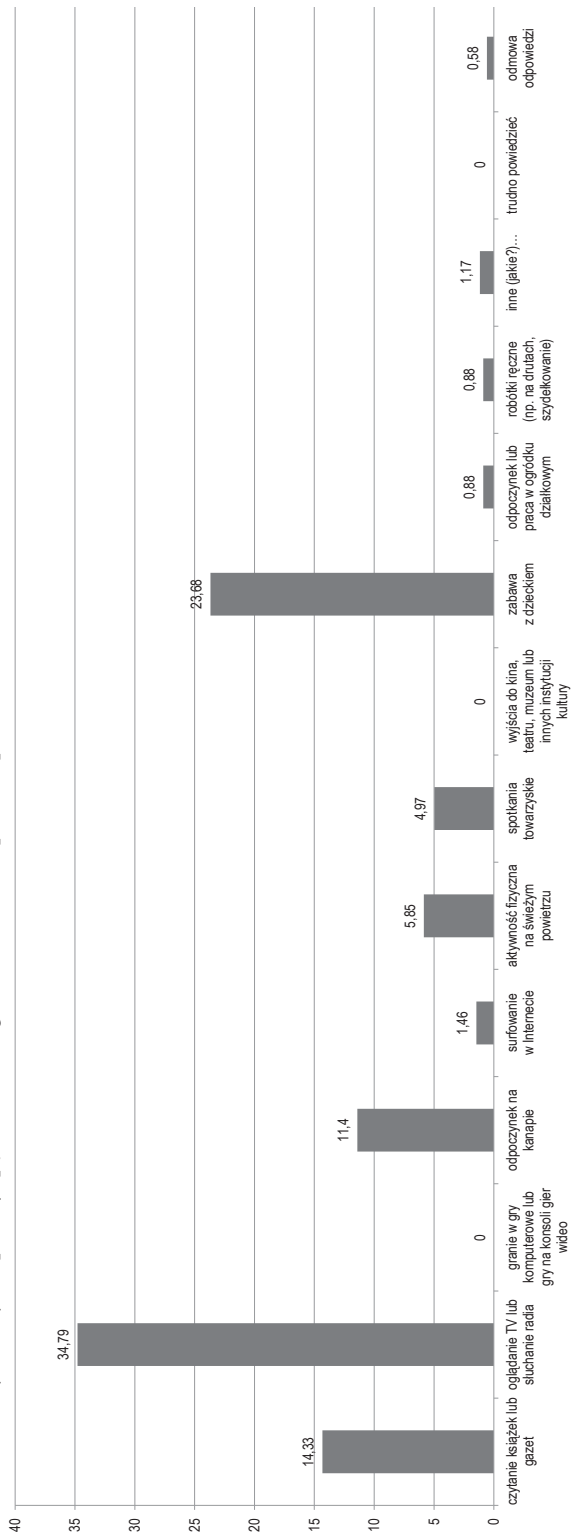
WYKRES 74. Sposoby spędzania wolnego czasu wskazane przez respondentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 75. Najważniejsze sposoby spędzania wolnego czasu wskazane przez respondentów



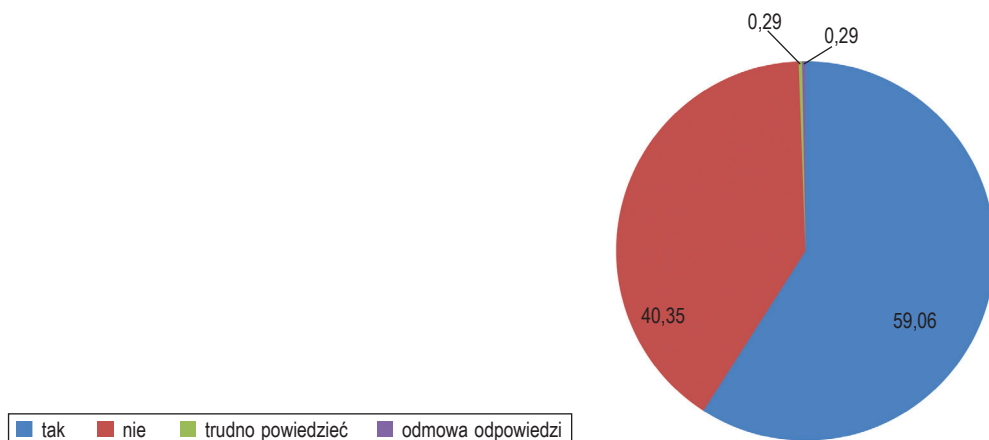
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

## 4.5. Moduł E: System opieki zdrowotnej

Na zachowanie kapitału zdrowotnego i poziom bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów zasadniczy wpływ, oprócz dobrej jakości środowiska zamieszkania, mają także determinanty medyczne (m.in. dostępność do służby zdrowia), profilaktyka zdrowotna oraz systematyczne kontrolowanie stanu zdrowia i przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Niemal 60% respondentów potwierdza korzystanie z proponowanych przez system opieki zdrowotnej działań dotyczących profilaktyki typu: wizyty u stomatologa, badania ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu (wykres 76).

WYKRES 76. Korzystanie przez respondentów z działań profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku



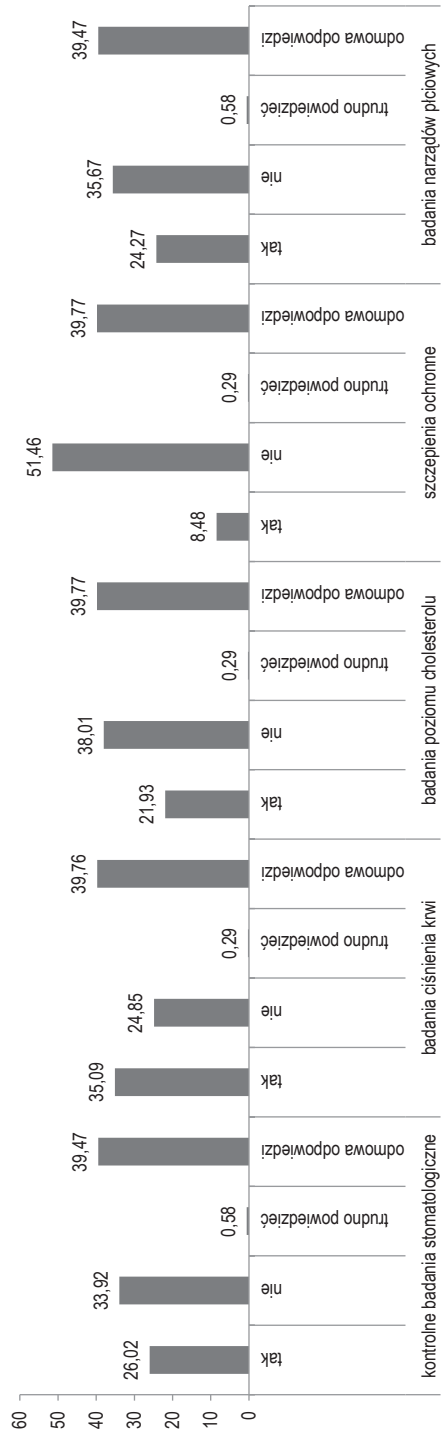
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kontrolnych badań stomatologicznych w ciągu ostatniego roku nie skorzystała ponad trzecia część badanych. Niemal 25% ankietowanych nie bada ciśnienia krwi, ani stanu narządów płciowych. Na badanie poziomu cholesterolu wskazuje jedynie 21,93%, a szczepienia ochronne tylko 8,48% (wykres 77).

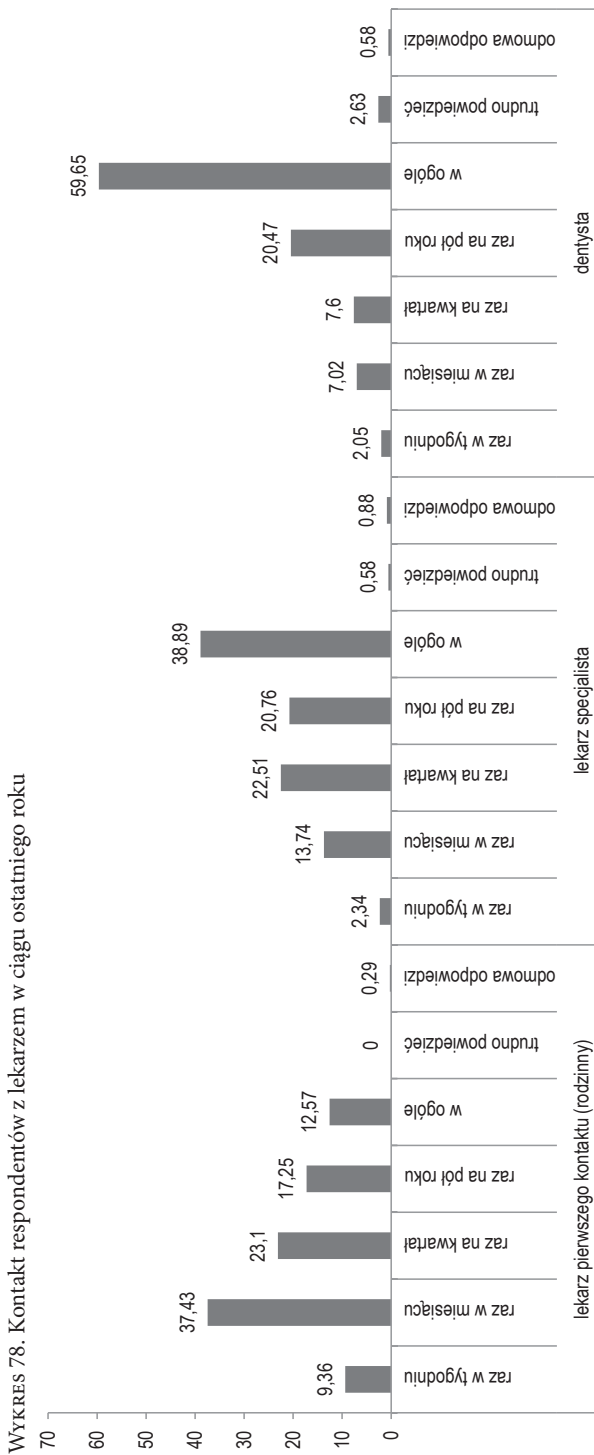
Determinanty medyczne kapitału zdrowotnego wiążą się również z kontaktami z systemem służby zdrowia. Respondenci wskazali, że z lekarzem pierwszego kontaktu najczęściej mają styczność raz w miesiącu (37,43%). Ze specjalistą kontaktu najczęściej nie mają (38,89%), podobnie jak z dentystą, z którym niemal 60% ankietowanych nie ma kontaktu bądź kontakt ten występuje raz na pół roku (20,47%), (wykres 78).

Większość ankietowanych (79%) zdecydowanie zastosowała się do zaleceń, ponieważ darzy lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub dentystę bardzo dużym zaufaniem. Relacje krzyżowe zachodzące między stosowaniem się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, dentysty a zaufaniem do wskazanych lekarzy zawarto na wykresie 79.

WYKRES 77. Korzystanie przez respondentów z konkretnych rodzajów działań profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku

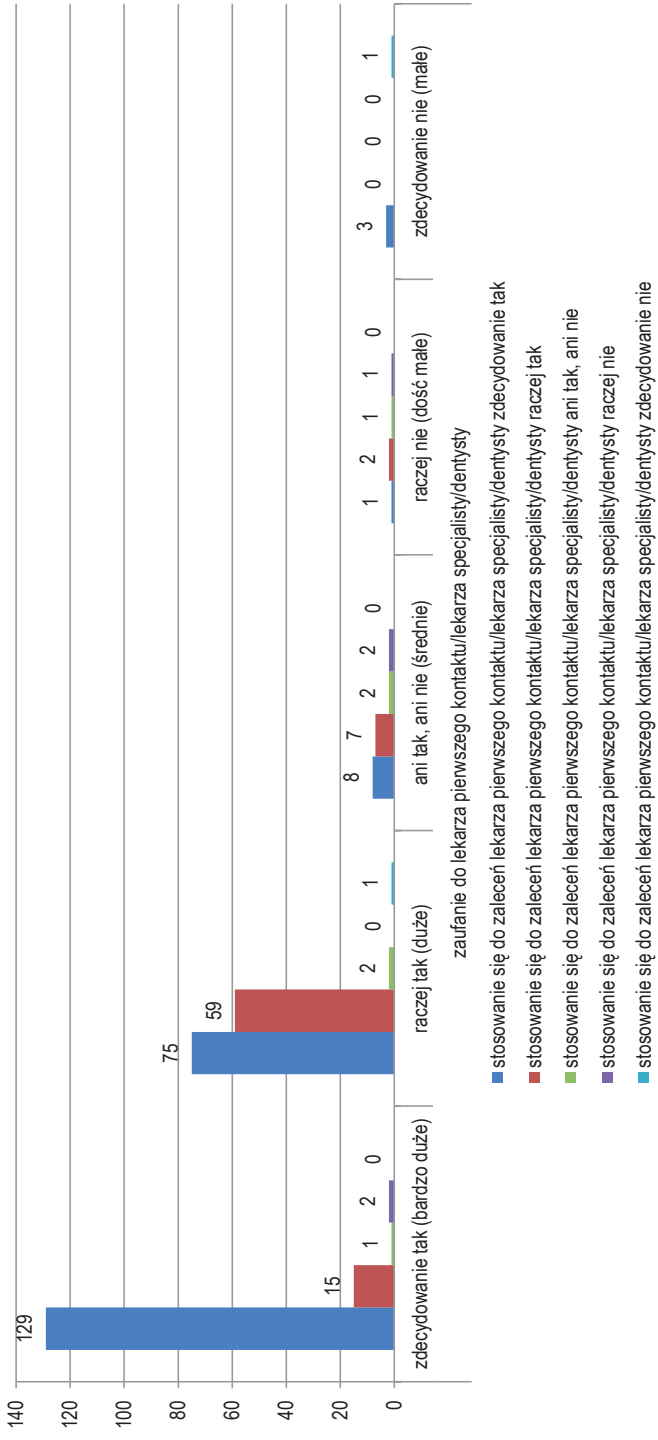


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

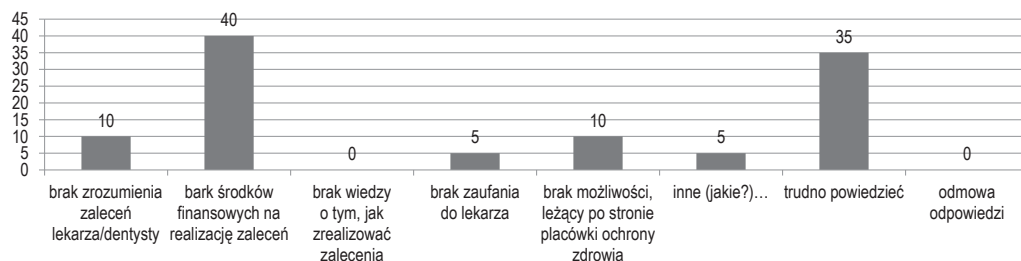
WYKRES 79. Zaufanie do lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, dentystry a stosowanie się do zaleceń wskazanych lekarzy



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

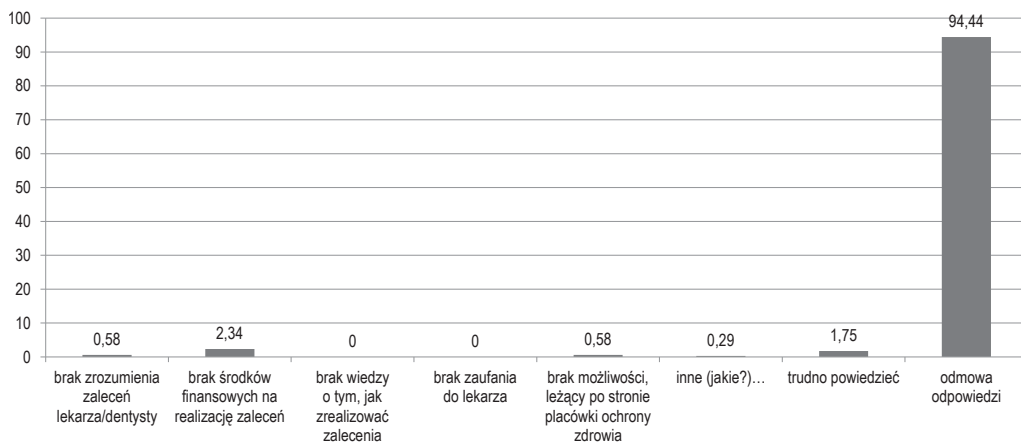
Jeśli zaś respondenci nie zastosowali się do zaleceń lekarza, to powodem podjęcia takiej decyzji był najczęściej brak środków finansowych na ich realizację (wykres 80 i 81).

WYKRES 80. Powody niezastosowania się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

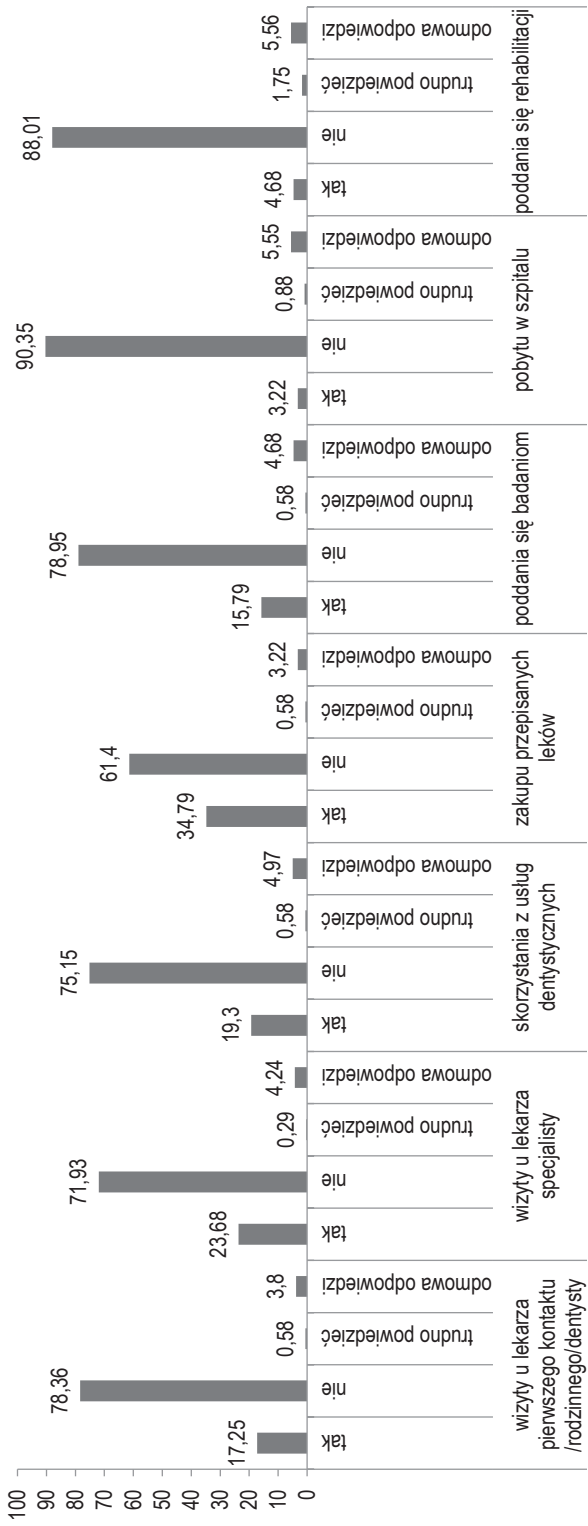
WYKRES 81. Najważniejsze powody niezastosowania się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Niewątpliwie istotnym elementem korzystania z usług medycznych jest aspekt finansowy, jeśli jednakże zakres badań obejmuje kategorię wykluczenia ekonomicznego, wówczas należy zastanowić się nad tym problemem w kontekście częściowej bądź całkowitej rezygnacji z usług medycznych. Znacząca większość ankietowanych wskazała, że stan ich finansów nie miał zasadniczego wpływu na rezygnację z usług medycznych, nawet z usług stomatologicznych, pomimo iż uprzednio niespełna 60% respondentów zadeklarowało, że w ciągu ubiegłego roku nie miało kontaktów z dentystą! (wykres 82).

WYKRES 82. Brak środków finansowych u respondentów a częściowa bądź całkowita rezygnacja z wybranych usług medycznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondenci wskazali również strategie działań podejmowanych przez nich w sytuacji braku środków finansowych i konieczności skorzystania z usługi medycznej. Najczęściej wskazywana polegała na pożyczeniu środków od rodziny lub znajomych na wykup wszystkich leków (29,53%), a także złożenie wniosku do MOPS-u o zasiłek celowy na wykup leków (17,25%). Niespełna 17% ankietowanych wykupiło tańszy zamiennik leku bądź wykupiło tylko niektóre z leków (16,08%), (wykresy 83 i 84).

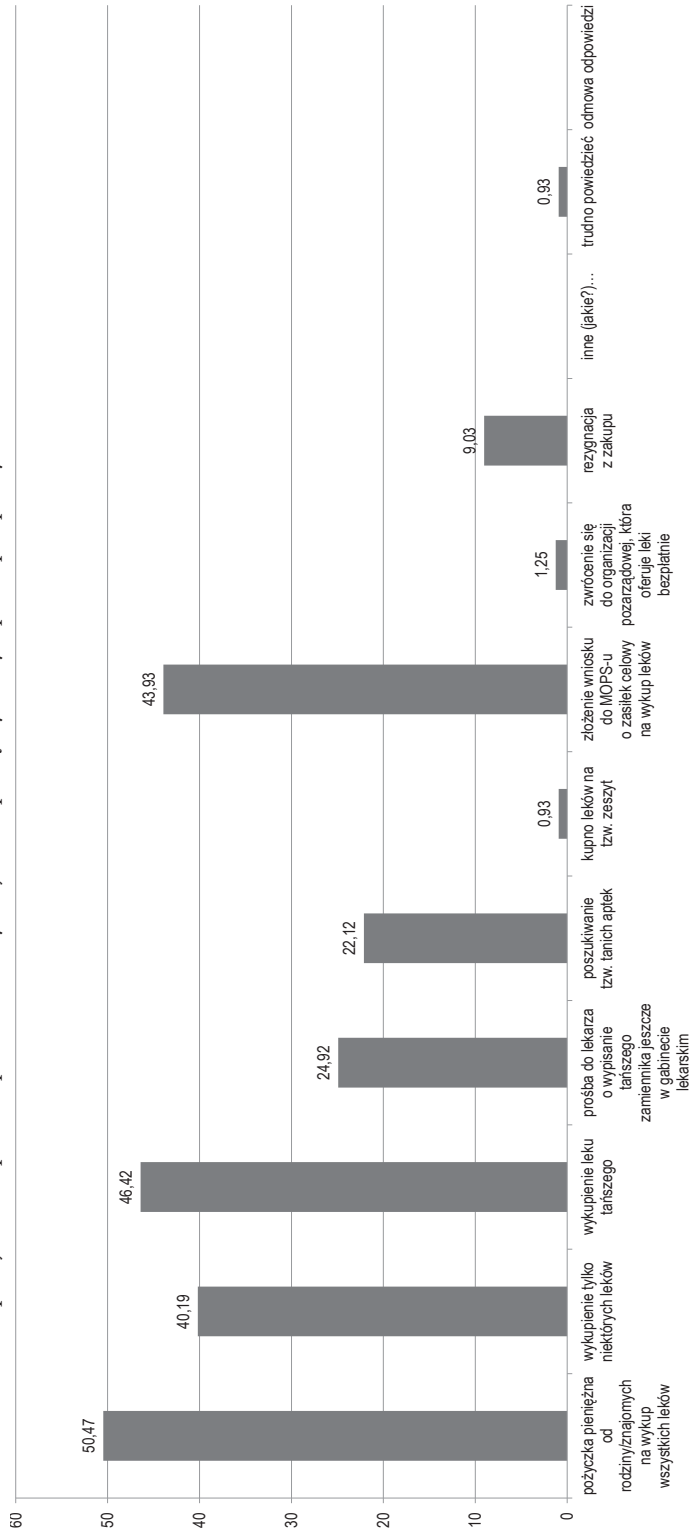
Dostępność do systemu ochrony zdrowia stanowi podstawowy warunek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Tymczasem ankietowani zaznaczają, iż podstawowym utrudnieniem w dostępie do systemu ochrony zdrowia są kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza (61,36%) oraz czas oczekiwania na badania diagnostyczne (26,30%), (wykresy 85 i 86).

Paralelną sytuację zaobserwowano, jeśli analizie poddana zostanie dostępność do lekarza pierwszego kontaktu, którą utrudniają odległe terminy wizyt (40,27%) bądź też wyczerpany limit miejsc (36,58%), (wykres 87). Sytuacja ulega również powtórzeniu w kontekście dostępności do lekarza specjalisty. Najczęstszą bowiem przyczyną braku udzielonej porady jest stan wyczerpania się limitu miejsc (50%) oraz odległe terminy wizyt (40,07%), (wykresy 88 i 89).

Kategorią leżącą u podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego jest równość w dostępie do systemu ochrony zdrowia. Z perspektywy osób wykluczonych ekonomicznie i zamieszkujących przestrzeń poindustrialną zasadniczego znaczenia nabiera poczucie bezpieczeństwa, znajdujące źródło w przeświadczeniu o systemowym zabezpieczeniu równości w dostępie do ochrony zdrowia. Jednak opinia respondentów we wskazanej kwestii jest odmienna, bowiem 43,28% ankietowanych uważa, iż równość w tej materii nie jest zapewniona, podczas gdy przeciwnego zdania jest jedynie 29,82% z nich (wykres 91).

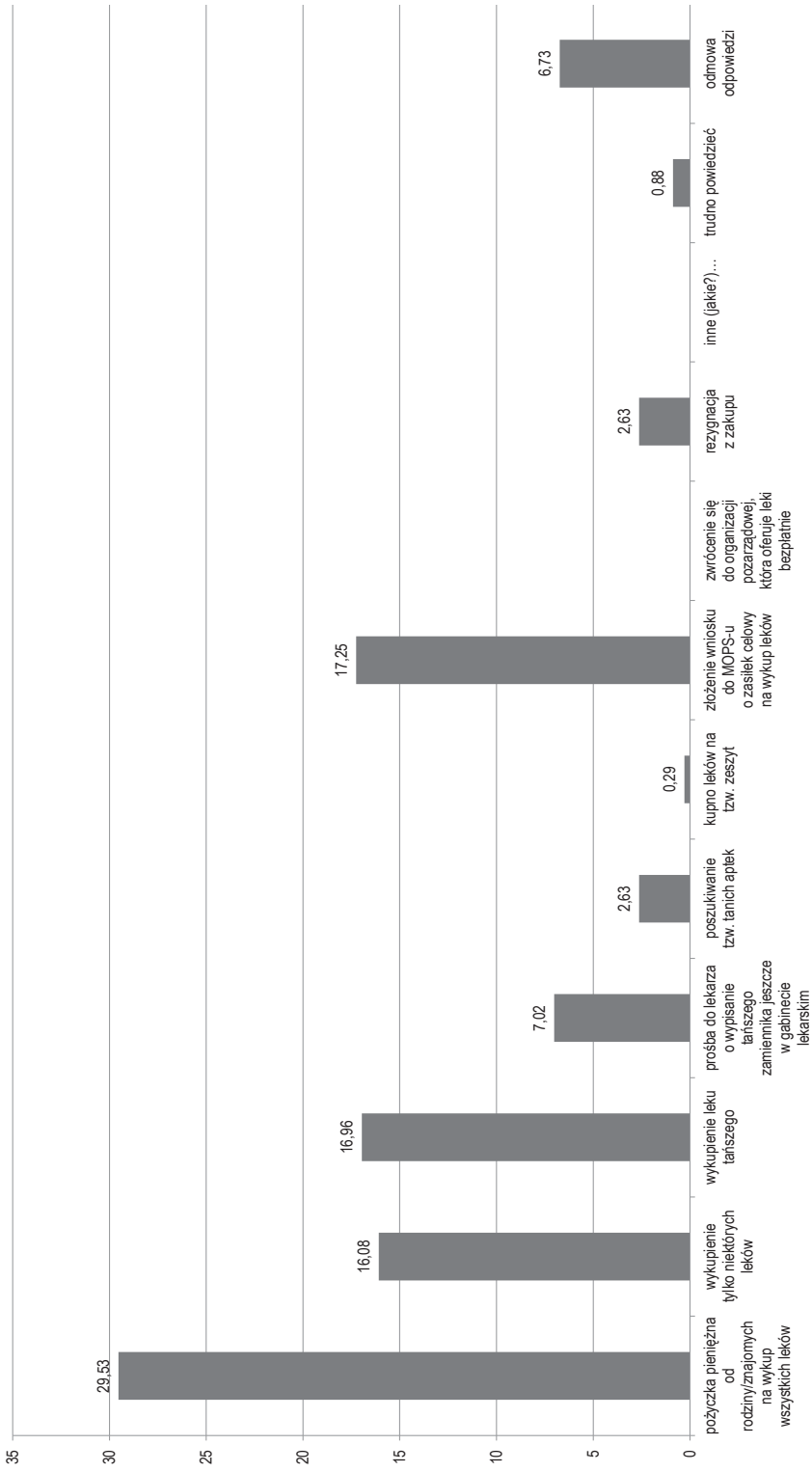


Wykres 83. Działania podejmowane przez respondentów w sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków



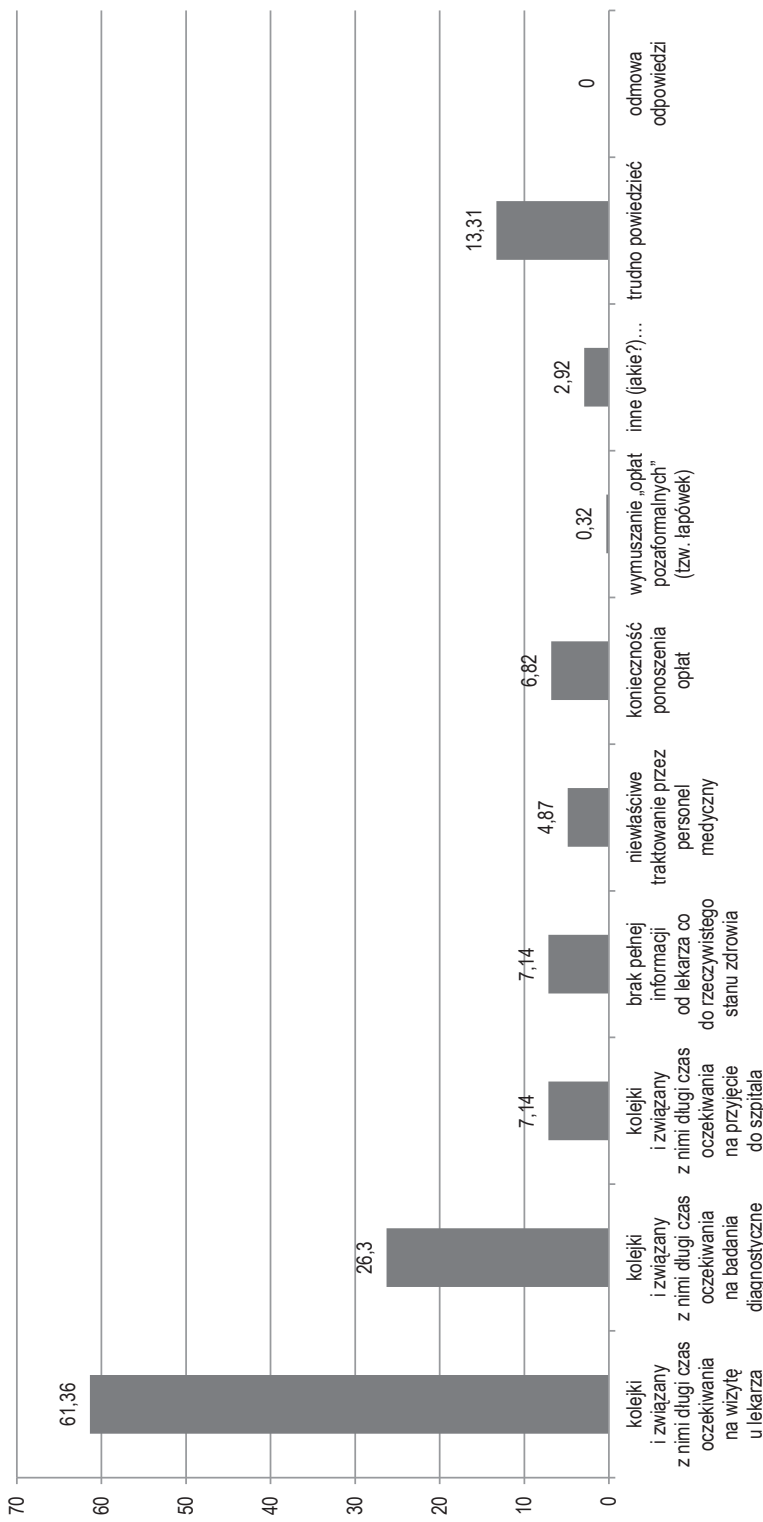
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 84. Najważniejsze działania podejmowane przez respondentów w sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków



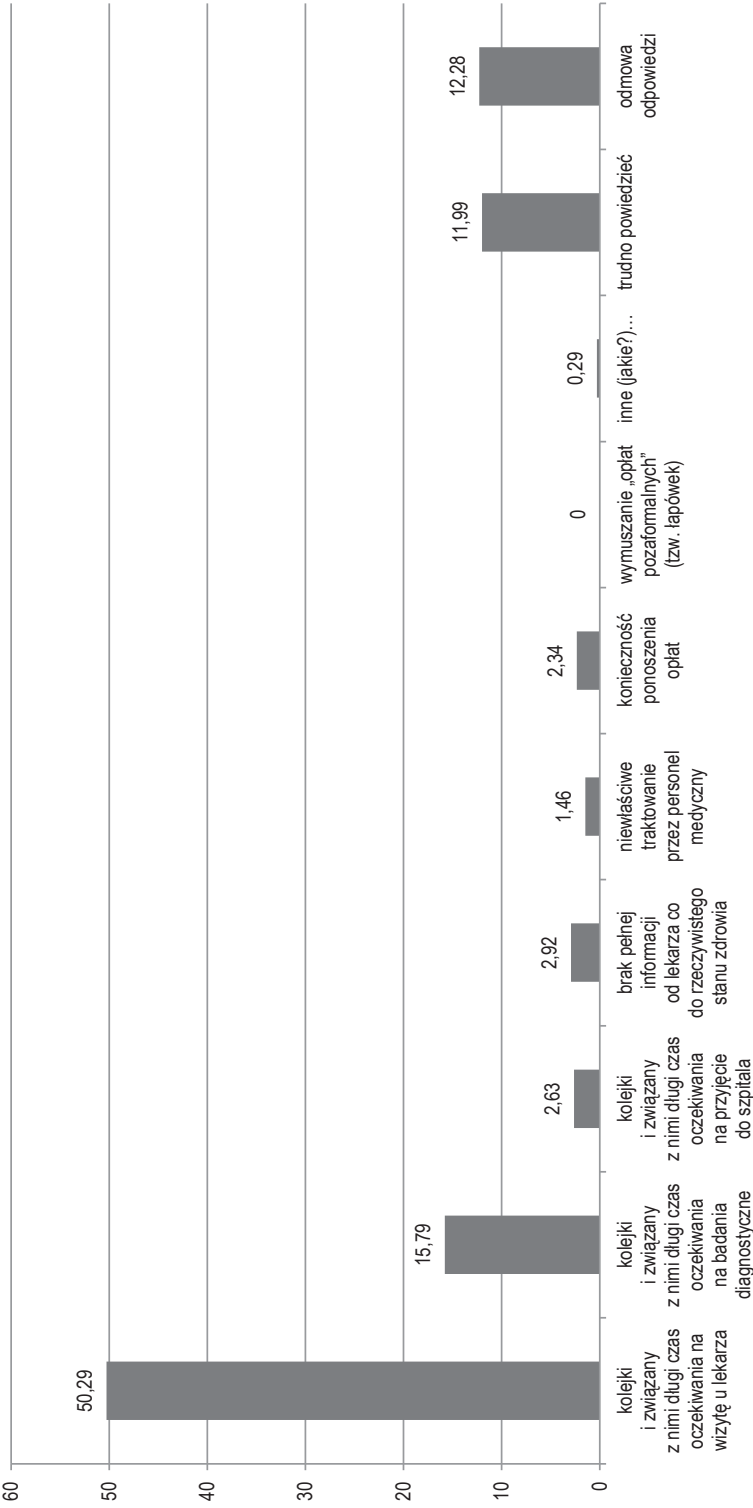
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 85. Trudności w opinii respondentów związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku



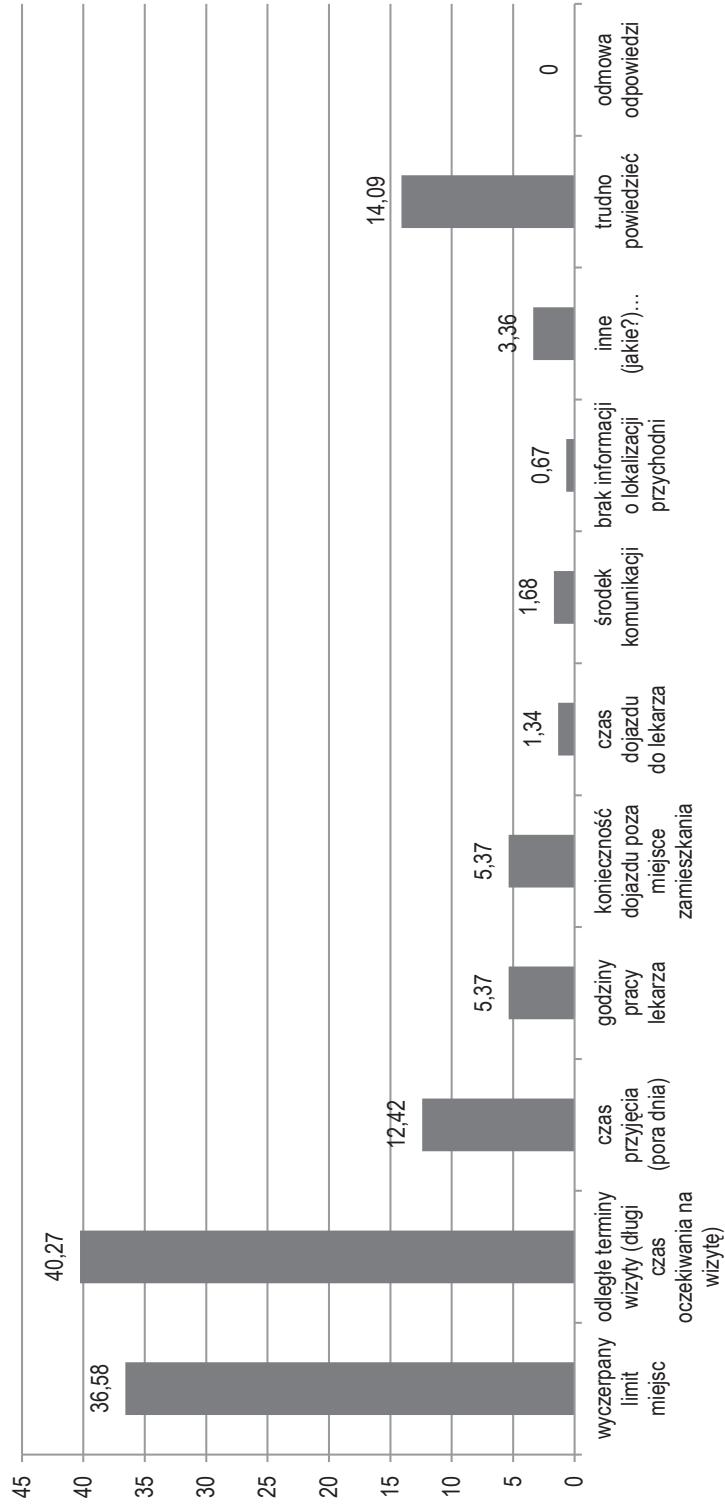
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 86. Najważniejsze trudności w opinii respondentów związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku



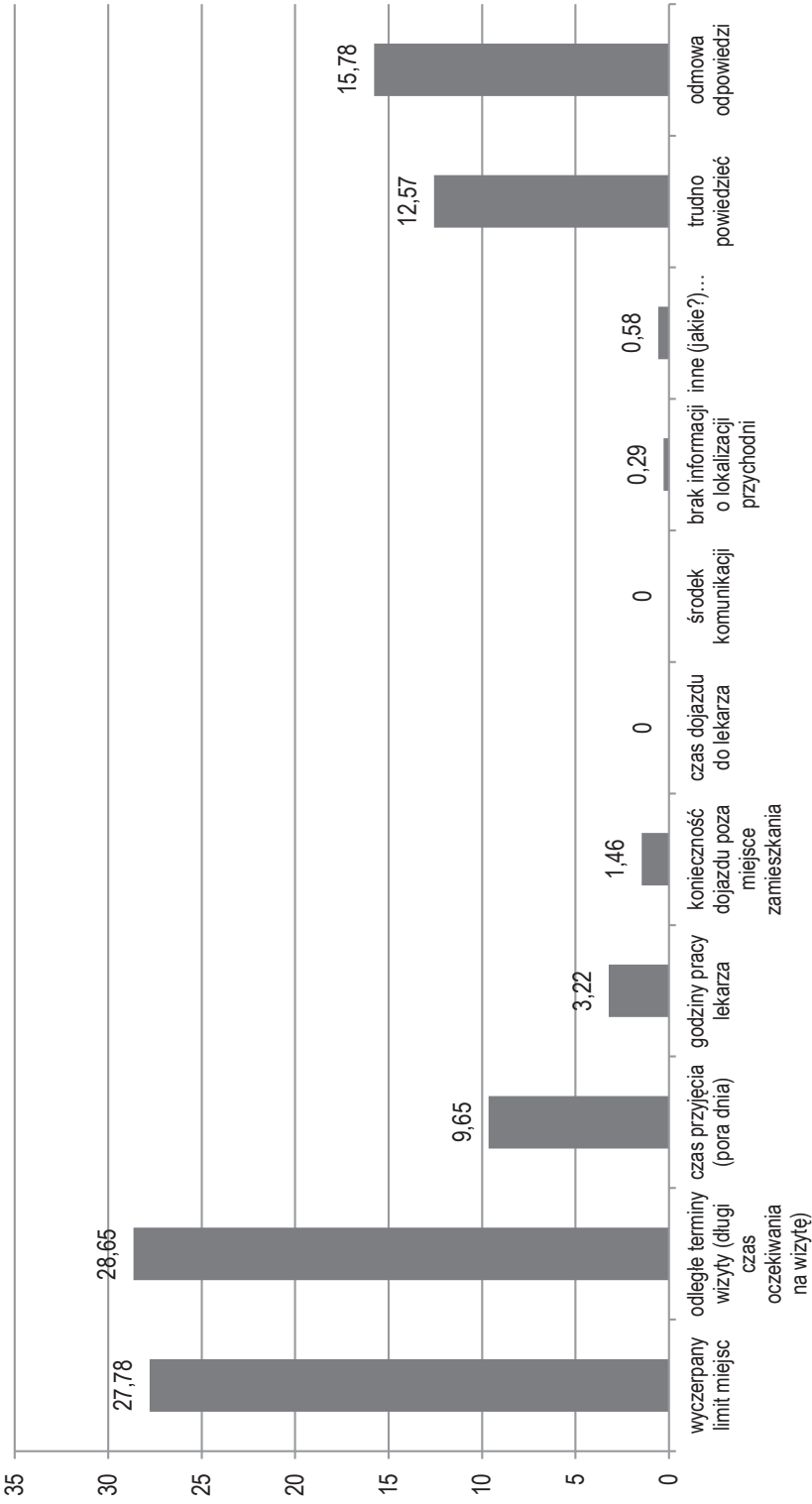
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 87. Trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza pierwszym kontaktem w ciągu ostatniego roku



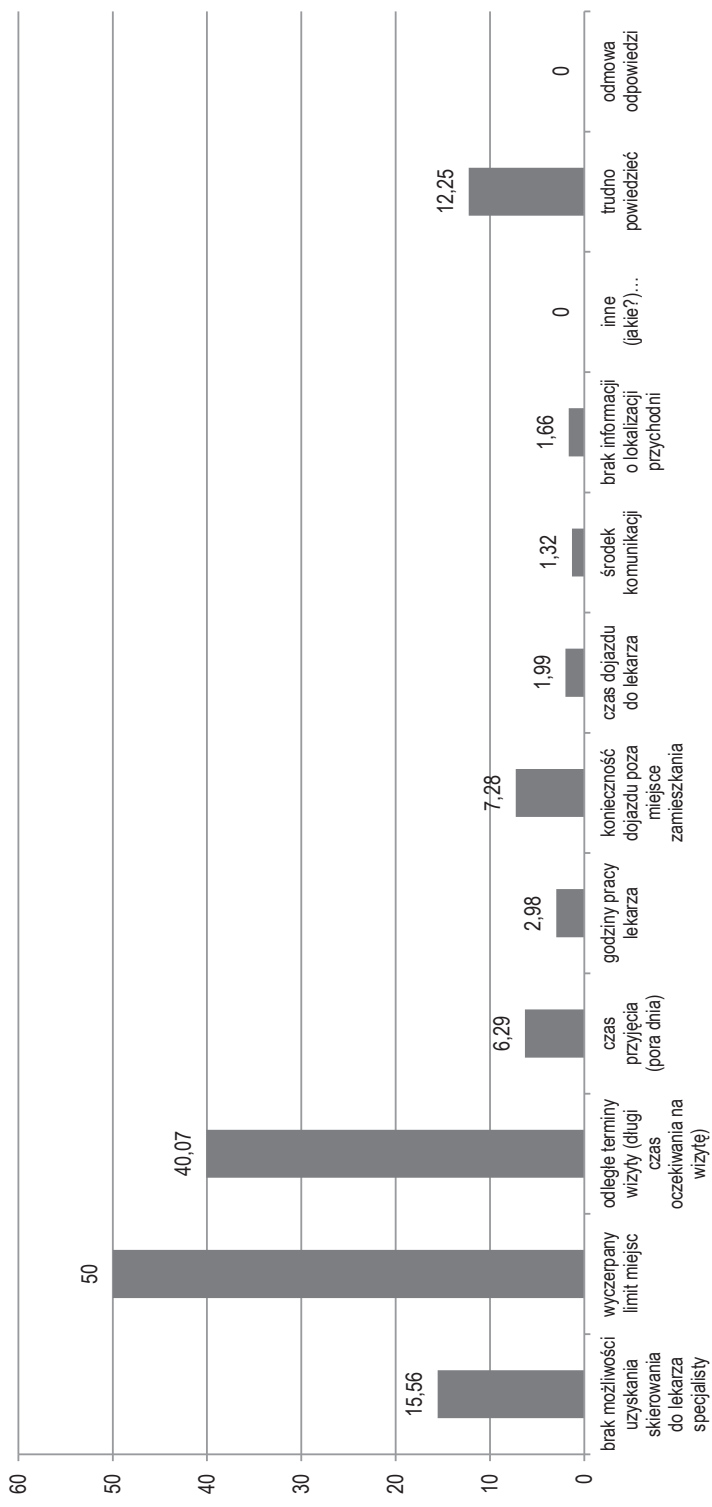
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 88. Najważniejsze trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w ciągu ostatniego roku

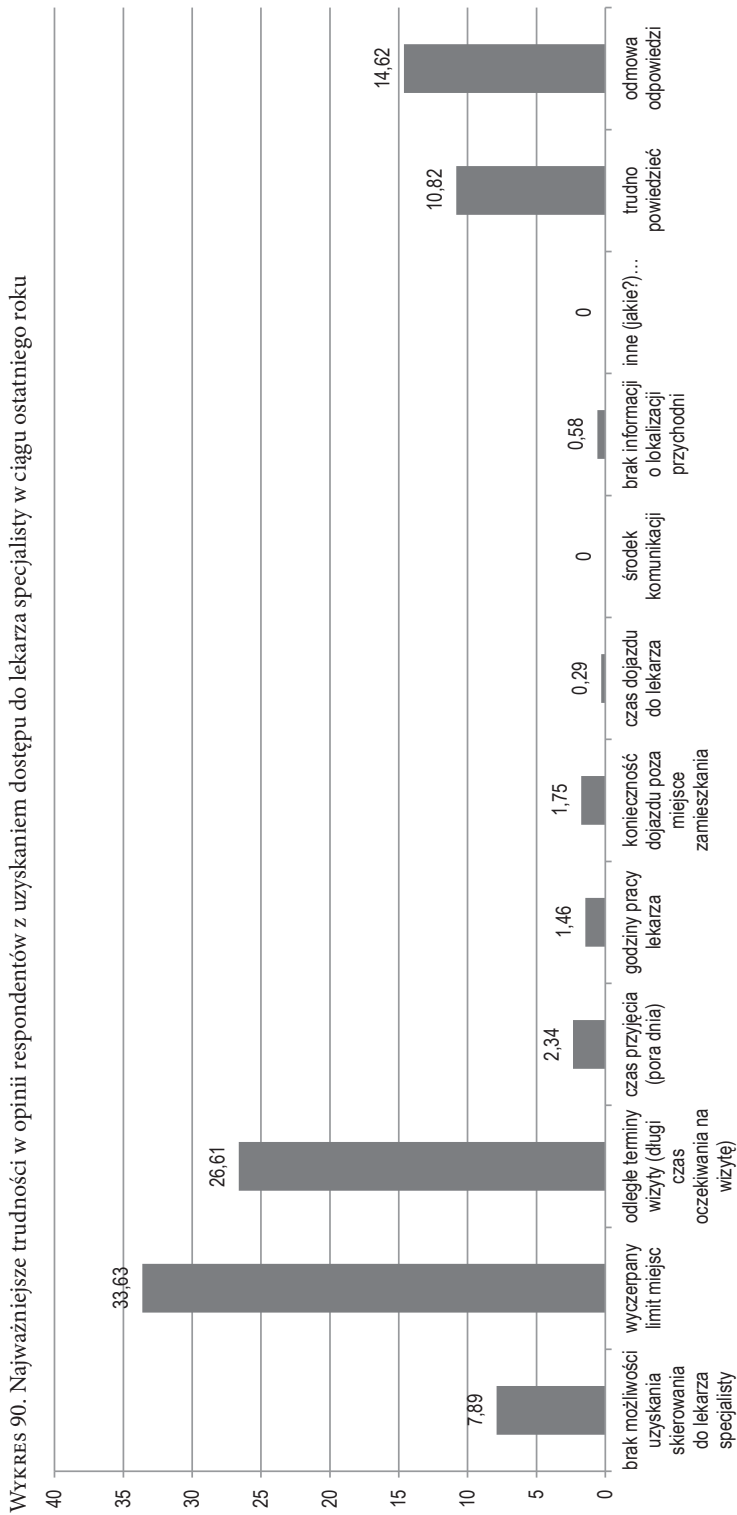


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres 89. Trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza specjalisty w ciągu ostatniego roku



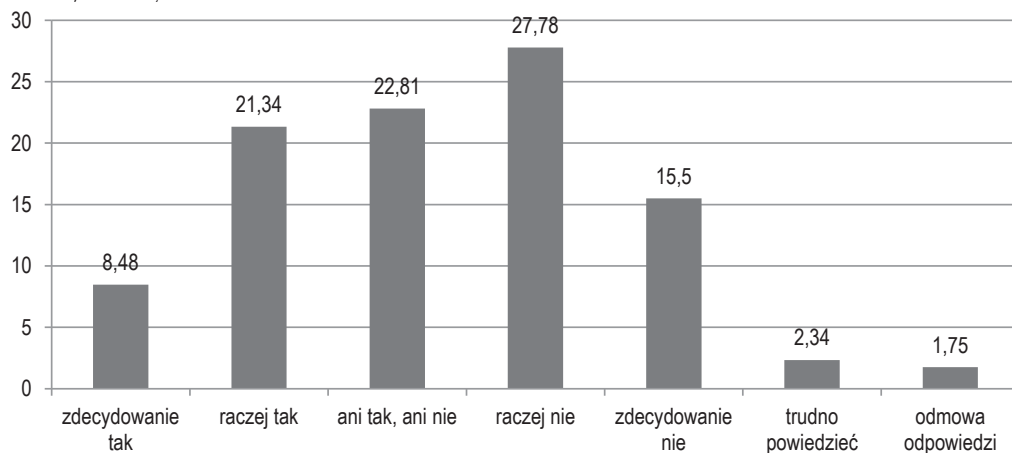
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



WYKRES 91. Opinia respondentów na temat równości dostępu wszystkich ubezpieczonych do systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce

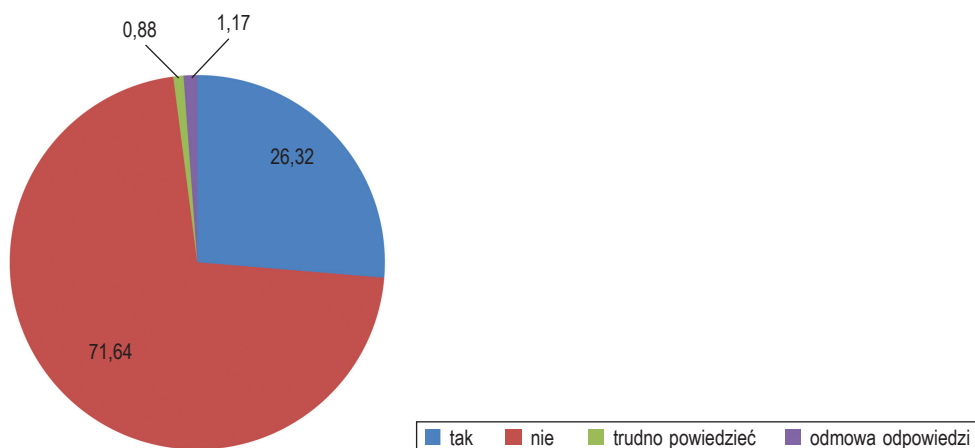


ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

#### 4.6. Moduł F: Działalność podmiotów lokalnej polityki społecznej

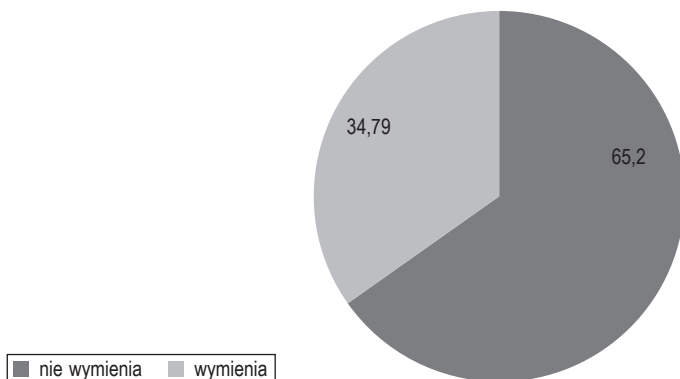
Respondenci w większości (71,64%) nie wskazują organizacji pozarządowych (społecznych), których obszar działań dotyczy edukacji, promocji i/lub profilaktyki zdrowotnej i które udzieliły im pomocy (wykres 92). Pośród zaś ankietowanych, którzy wymienili jakikolwiek podmiot ze wskazanego obszaru (wykres 93) najczęściej udzielane było wsparcie materialne (25,15%), ponad 73% respondentów odmówiło jednak odpowiedzi na to pytanie (wykres 94).

WYKRES 92. Doświadczenie wsparcia ze strony organizacji pozarządowych (społecznych)



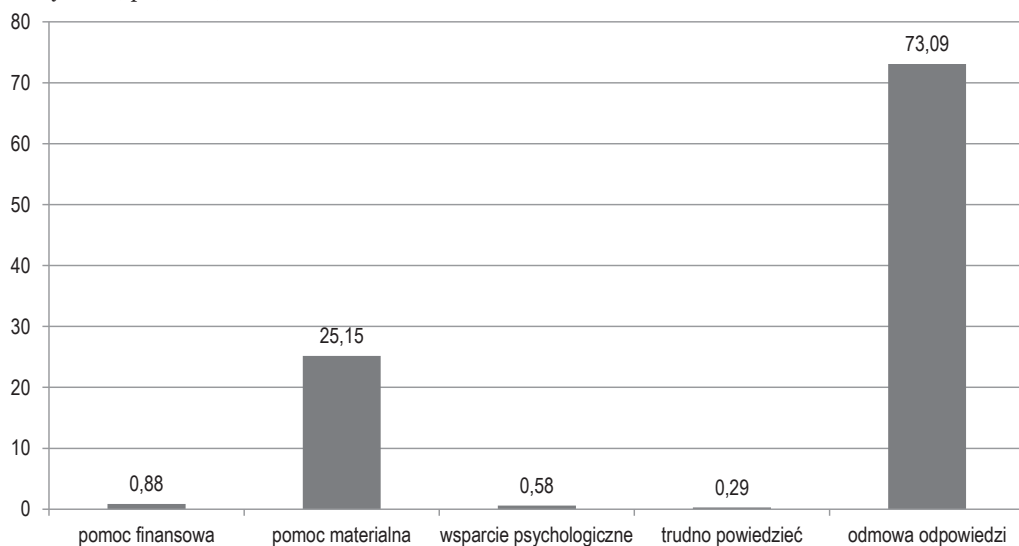
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 93. Wskazanie organizacji pozarządowej (społecznej), która udzieliła wsparcia gospodarstwu domowemu



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

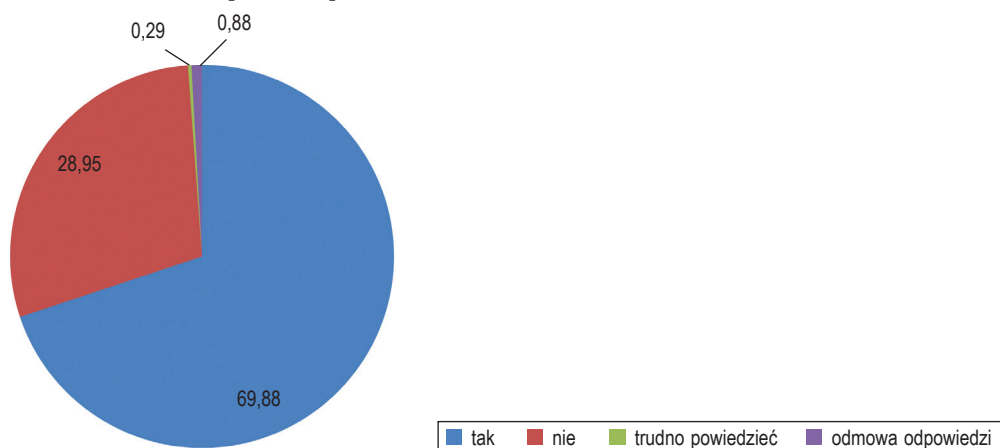
WYKRES 94. Rodzaje pomocy udzielonej gospodarstwom domowym respondentów przez organizacje pozarządowe (społeczne)



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

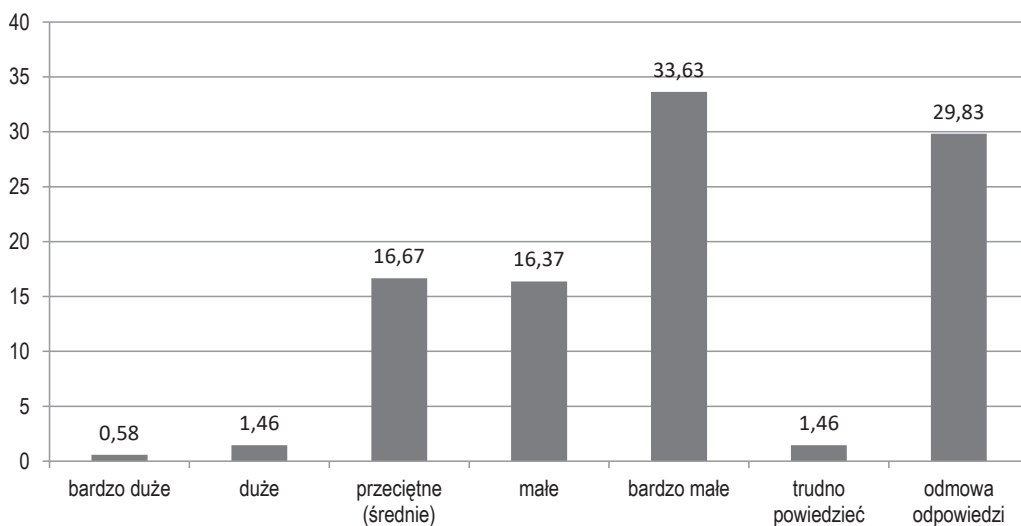
Większość ankietowanych określiła siebie również jako osoby bezrobotne (wykres 95), i jednocześnie przyznali, że szanse na znalezienie im pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich są małe i bardzo małe – w sumie 50% respondentów udzieliło takiej odpowiedzi (wykres 96).

WYKRES 95. Bezrobocie pośród respondentów



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

WYKRES 96. Ocena szans na znalezienie pracy przez Powiatowy Urząd Pracy



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W podsumowaniu wyników przeprowadzonych badań praktycznych należy podkreślić ważne ustalenia.

Zamieszkiwanie w przestrzeni poindustrialnej połączone z doświadczaniem wykluczenia ekonomicznego pozostaje w ścisłym związku z nierównościami zdrowotnymi, co zostało udowodnione w rozdziale 1. Jednakże przeprowadzone badania praktyczne pozwoliły na uzyskanie empirycznego materiału odnoszącego się do poszczególnych kategorii przestrzeni poindustrialnej. Wskazane kwestie zostaną szczegółowo poruszone w zakończeniu niniejszej pracy.

## Podsumowanie badań w perspektywie polityki zdrowotnej

Siemianowice Śląskie stanowią niewątpliwie przykład przestrzeni poindustrialnej z wyraźnie zarysowanym zjawiskiem wykluczenia ekonomicznego występującym w połączeniu z innymi problemami społecznymi oraz uzależnieniem od pomocy społecznej państwa. Badania przeprowadzone wśród beneficjentów zasiłków okresowych, którzy zamieszkują obszar poindustrialny, wskazują, że ci właśnie świadczeniobiorcy legitymują się niskim poziomem kapitału zdrowotnego determinowanym szeregiem czynników. Substancję mieszkaniową cechuje niski lub średni standard wyposażenia w infrastrukturę sanitarną (w prawie połowie lokali brakuje dostępu do zimnej wody czy łazienki z bieżącą wodą). Zamieszkiwanie we wskazanych substandardowych warunkach determinuje niskie szanse na prozdrowotny styl życia. Wykluczeni ekonomicznie mają bowiem niewystarczające kompetencje w zakresie wiedzy o związkach występujących pomiędzy dobrym zdrowiem i zachowaniami wspierającymi to zdrowie. Konsekwencjami opisanego stanu jest brak aktywności świadczeniobiorców w działaniach z zakresu profilaktyki zdrowotnej, co znajduje potwierdzenie w wynikach badań – niemal 60% respondentów potwierdza korzystanie z proponowanych przez system opieki zdrowotnej działań dotyczących profilaktyki typu: wizyty u stomatologa, badania ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu. Jednak w wyniku kolejnych pytań weryfikujących okazało się, że z kontrolnych badań stomatologicznych nie korzysta ponad 1/3 badanych, niemalże 25% ankietowanych nie bada ciśnienia krwi ani stanu narządów płciowych. Na badanie poziomu cholesterolu wskazuje niespełna 22%. Należy również zaznaczyć, że prawie 40% respondentów odmówiło odpowiedzi w kwestii profilaktyki zdrowotnej.

Na uwagę zasługuje związek pomiędzy profilaktyką zdrowotną a kapitałem zdrowotnym, który w przypadku osób wykluczonych ekonomicznie jest na niskim poziomie, o czym może świadczyć fakt, że 66% spośród respondentów pali papierosy, nadciśnienie tętnicze występuje prawie u 22% respondentów, również w 22% przypadków zaobserwowano nadwagę, a w 9% otyłość pierwszego stopnia.

Poziom kapitału zdrowotnego wiąże się z dostępem do systemu ochrony zdrowia, który stanowi podstawowy warunek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Tymczasem zdiagnozowano istotne utrudnienia w dostępie do systemu ochrony

zdrowia w postaci kolejek i związanego z nimi długiego czasu oczekiwania na wizytę u lekarza oraz wydłużony czas oczekiwania na badania diagnostyczne. Z perspektywy wspierania kapitału zdrowotnego niezbędnym elementem tegoż procesu są kontakty z lekarzem rodzinnym. Wyniki badań jednakże wskazują, że jedynie nieco ponad 37% ankietowanych ma z nim styczność raz w miesiącu, a z lekarzem specjalistą kontaktu najczęściej nie mają, podobnie jak z dentystą (niemalże 60% ankietowanych nie ma z dentystą kontaktu w ogóle).

Z perspektywy osób wykluczonych ekonomicznie polityka zdrowotna państwa powinna obejmować więc: środowisko i warunki mieszkaniowe, profilaktykę zdrowotną a także funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Udowodniono bowiem, iż wyróżnione kategorie związane z ogólną sytuacją ekonomiczną, niska świadomość zdrowotna, a także niewystarczająca dostępność do infrastruktury medycznej w zasadniczym zakresie determinują nierówności zdrowotne. Jednocześnie należy podkreślić potrzebę kształtowania poczucia bezpieczeństwa, w tym zdrowotnego, znajdującego źródło w systemowych gwarancjach zapewnienia równości w dostępie do ochrony zdrowia.

# Aneks

**Załącznik 1. Kwestionariusz wywiadu wraz z materiałami dodatkowymi (zgodą na udział w badaniu i kartą respondenta).**

Temat badań: *Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego jako kryterium poznawcze w polityce społecznej państwa polskiego wobec osób wykluczonych ekonomicznie na obszarze poindustrialnym.*

**KOD**

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

<b>Nr</b>					
-----------	--	--	--	--	--



## MODUŁ A: Warunki mieszkaniowe

1. Proszę określić, czy w Pana(i) mieszkaniu znajdują się:

1) kran z dostępem do wody:	1	2	97	98
a) zarówno ciepłej, jak i zimnej	1	2	97	98
b) tylko zimnej	1	2	97	98
2) ustęp spłukiwany bieżącą wodą	1	2	97	98
3) łazienka z bieżącą wodą	1	2	97	98
4) instalacja gazowa:	1	2	97	98
a) z tzw. sieci	1	2	97	98
b) z butli	1	2	97	98
5) dostęp do energii elektrycznej	1	2	97	98
6) ogrzewanie mieszkania:	1	2	97	98
a) centralne ogrzewanie	1	2	97	98
b) piec na opał	1	2	97	98
c) piec elektryczny	1	2	97	98
d) inne (jakie?).....				

1) tak

2) nie

97) trudno powiedzieć

98) odmowa odpowiedzi

2. Proszę wskazać, w który z poniższych sprzętów wyposażone jest Pana(i) mieszkanie i czy są one wykorzystywane zgodnie z ich przeznaczeniem:

1) lodówka	1	2	3	97	98
2) kuchenka gazowa	1	2	3	97	98
3) kuchenka elektryczna	1	2	3	97	98
4) kuchenka mikrofalowa	1	2	3	97	98
5) telewizor	1	2	3	97	98
6) antena satelitarna	1	2	3	97	98
7) DVD	1	2	3	97	98
8) pralka wirnikowa	1	2	3	97	98
9) wirówka do odzieży	1	2	3	97	98
10) pralka automatyczna	1	2	3	97	98
11) komputer:	1	2	3	97	98
a) z dostępem do Internetu	1	2	3	97	98
b) bez dostępu do Internetu	1	2	3	97	98
12) telefon stacjonarny	1	2	3	97	98

- 1) tak  
 2) nie  
 3) wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem  
 97) *trudno powiedzieć*  
 98) *odmowa odpowiedzi*

3. Czy ktoś z Pana(i) członków gospodarstwa domowego posiada na własny użytek telefon komórkowy?

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) tak, na abonament         |
| <input type="checkbox"/> | 2) tak, na kartę             |
| <input type="checkbox"/> | 3) tak, w tzw. ofercie mix   |
| <input type="checkbox"/> | 4) nie                       |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

m<sup>2</sup>

4. Proszę podać przybliżony metraż Pana(i) mieszkania?

5. Proszę zaznaczyć liczbę pokoi w Pana(i) mieszkaniu:

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) 1          |
| <input type="checkbox"/> | 2) 2          |
| <input type="checkbox"/> | 3) 3          |
| <input type="checkbox"/> | 4) 4          |
| <input type="checkbox"/> | 5) 5 i więcej |

## MODUŁ B: Środowisko zamieszkania

| | | lat

6. Jak długo mieszka Pan(i) w obecnym miejscu zamieszkania?
7. Czy w Pana(i) opinii Pana(i) miejsce zamieszkania (budynek, ulica) jest:

	1) bardzo bezpieczne
	2) bezpieczne
	3) raczej bezpieczne
	4) niebezpieczne
	5) bardzo niebezpieczne
97)	<i>trudno powiedzieć</i>
98)	<i>odmowa odpowiedzi</i>

8. Czy w ciągu ostatniego roku stał(a) się Pan(i) ofiarą przemocy albo wandalizmu w najbliższej okolicy zamieszkania (budynek, ulica):

	1) tak
	2) nie
	97) <i>trudno powiedzieć</i>
	98) <i>odmowa odpowiedzi</i>

9. Proszę wskazać, jak często, według Pana(i) wiedzy, w Pana(i) miejscu zamieszkania (budynku, ulica) dochodzi do następujących zachowań:

- a) picie napojów alkoholowych:

	1) codziennie
	2) kilka razy w tygodniu
	3) raz w tygodniu
	4) raz w miesiącu
	5) kilka razy w roku
	6) raz w roku
	7) raz na kilka lat
	8) wcale
	97) <i>trudno powiedzieć</i>
	98) <i>odmowa odpowiedzi</i>

- b) zażywanie narkotyków lub innych środków psychoaktywnych:

	1) codziennie
	2) kilka razy w tygodniu
	3) raz w tygodniu
	4) raz w miesiącu
	5) kilka razy w roku
	6) raz w roku
	7) raz na kilka lat
	8) wcale
97)	<i>trudno powiedzieć</i>
98)	<i>odmowa odpowiedzi</i>



c) przemoc w rodzinie:

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) codziennie                |
| <input type="checkbox"/> | 2) kilka razy w tygodniu     |
| <input type="checkbox"/> | 3) raz w tygodniu            |
| <input type="checkbox"/> | 4) raz w miesiącu            |
| <input type="checkbox"/> | 5) kilka razy w roku         |
| <input type="checkbox"/> | 6) raz w roku                |
| <input type="checkbox"/> | 7) raz na kilka lat          |
| <input type="checkbox"/> | 8) wcale                     |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

d) zachowania o charakterze przestępczym (inne niż w: b, c):

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) codziennie                |
| <input type="checkbox"/> | 2) kilka razy w tygodniu     |
| <input type="checkbox"/> | 3) raz w tygodniu            |
| <input type="checkbox"/> | 4) raz w miesiącu            |
| <input type="checkbox"/> | 5) kilka razy w roku         |
| <input type="checkbox"/> | 6) raz w roku                |
| <input type="checkbox"/> | 7) raz na kilka lat          |
| <input type="checkbox"/> | 8) wcale                     |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

e) prostytutka:

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) codziennie                |
| <input type="checkbox"/> | 2) kilka razy w tygodniu     |
| <input type="checkbox"/> | 3) raz w tygodniu            |
| <input type="checkbox"/> | 4) raz w miesiącu            |
| <input type="checkbox"/> | 5) kilka razy w roku         |
| <input type="checkbox"/> | 6) raz w roku                |
| <input type="checkbox"/> | 7) raz na kilka lat          |
| <input type="checkbox"/> | 8) wcale                     |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

f) próby samobójcze lub samobójstwa:

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) miały miejsce             |
| <input type="checkbox"/> | 2) nie miały miejsca         |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

10. Proszę określić w skali od 1 do 5 na ile zgadza się Pan(i) z poniższymi stwierdzeniami:

1) transport miejski jest na dobrym poziomie	1	2	3	4	5	97	98
2) łatwy dostęp do życia kulturalnego (biblioteka, kino, teatr)	1	2	3	4	5	97	98
3) łatwy dostęp do form rekreacji (sala gimnastyczna, siłownia, basen)	1	2	3	4	5	97	98

4) hałas (np. komunikacyjny, przemysłowy) w okolicy	1	2	3	4	5	97	98
5) zanieczyszczenie środowiska (pyły, sadza, nieprzyjemne zapachy)	1	2	3	4	5	97	98

- 1) zdecydowanie się zgadzam  
 2) raczej się zgadzam  
 3) ani się zgadzam, ani się nie zgadzam  
 4) raczej się nie zgadzam  
 5) zdecydowanie się nie zgadzam  
 97) *trudno powiedzieć*  
 98) *odmowa odpowiedzi*

**11.** Jak często korzysta Pan(i) w swojej okolicy zamieszkania z:

1) terenów zielonych	1	2	3	4	5	97	98
2) biblioteki, kina, teatru	1	2	3	4	5	97	98
3) miejsc kultu religijnego (kościół, synagoga, meczet)	1	2	3	4	5	97	98
4) placówek sportowych	1	2	3	4	5	97	98
5) środków transportu miejskiego	1	2	3	4	5	97	98
6) klubów np. osiedlowych	1	2	3	4	5	97	98
7) placówek ochrony zdrowia	1	2	3	4	5	97	98

- 1) kilka razy w tygodniu  
 2) kilka razy w miesiącu  
 3) rzadziej  
 4) nigdy  
 5) nie jest dostępne  
 97) *trudno powiedzieć*  
 98) *odmowa odpowiedzi*

### MODUŁ C: Stan zdrowia i samopoczucie

**12.** Jak ocenia Pan(i) swój ogólny stan zdrowia?

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) jest bardzo dobry         |
| <input type="checkbox"/> | 2) jest dobry                |
| <input type="checkbox"/> | 3) jest ani dobry, ani zły   |
| <input type="checkbox"/> | 4) jest zły                  |
| <input type="checkbox"/> | 5) jest bardzo zły           |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

**13.** Czy cierpi Pan(i) na chorobę przewlekłą, niepełnosprawność albo dolegliwość chroniczną?

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) tak                       |
| <input type="checkbox"/> | 2) nie                       |
| <input type="checkbox"/> | 97) <i>trudno powiedzieć</i> |
| <input type="checkbox"/> | 98) <i>odmowa odpowiedzi</i> |

14. Proszę zaznaczyć, które z poniższych schorzeń kiedykolwiek występowało u Pana(i) w przeszłości lub występuje obecnie:

1) astma	1	2	3	97	98
2) alergia	1	2	3	97	98
3) cukrzyca	1	2	3	97	98
4) nadciśnienie tętnicze	1	2	3	97	98
5) zawał serca	1	2	3	97	98
6) udar mózgu	1	2	3	97	98
7) rozedma płuc	1	2	3	97	98
8) osteoporoza	1	2	3	97	98
9) nowotwory	1	2	3	97	98
10) migrena	1	2	3	97	98
11) depresja	1	2	3	97	98
12) choroby psychiczne	1	2	3	97	98
13) bóle narządu ruchu (w tym kręgosłupa)	1	2	3	97	98

- 1) tak, w przeszłości  
 2) tak, obecnie  
 3) nie, nigdy  
 97) trudno powiedzieć  
 98) odmowa odpowiedzi

15. W jakim stopniu obecne dolegliwości ograniczają Pana(i) możliwości wykonywania obowiązków domowych/pracowniczych?

- ☐ 1) w znacznym stopniu  
☐ 2) w umiarkowanym stopniu  
☐ 3) w niewielkim stopniu  
☐ 4) nie ogranicza  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

16. Proszę określić, czy dotyka Pana(ią) stres w życiu codziennym:

- ☐ 1) tak, bardzo często  
☐ 2) tak, często  
☐ 3) tak, przeciętnie (średnio często)  
☐ 4) tak, rzadko  
☐ 5) tak, bardzo rzadko  
☐ 6) nie, nie dotyka (przejdź do pyt 19.)  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

17. Proszę wskazać, czym w Pana(i) opinii spowodowany jest stres, który dotyka Pana(ią) w życiu codziennym. Następnie proszę wybrać, które z wymienionych jest dla Pana(i) najważniejsze?

<input type="checkbox"/>	1) śmierć osób bliskich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) rozwód	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) kara więzienia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) choroba	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) ciąża	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) utrata pracy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) problemy finansowe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

18. Proszę wskazać, jakie sposoby wykorzystuje Pan(i), aby radzić sobie ze stresem. Następnie proszę wybrać, które z wymienionych jest dla Pana(i) najważniejsze?

<input type="checkbox"/>	1) uprawianie sportu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) spacer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) słuchanie muzyki	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) rozmowa z osobami bliskimi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) zażywanie leków	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) palenie papierosów	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) picie alkoholu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) środki psychoaktywne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) nie radzę sobie ze stresem	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

19. Proszę określić stopień, w jakim w ciągu ostatniego tygodnia odczuwał(a) Pan(i):

1) spokój wewnętrzny	1	2	3	4	5	6	97	98
2) energię do życia	1	2	3	4	5	6	97	98
3) pełnię życia	1	2	3	4	5	6	97	98
4) szczęście	1	2	3	4	5	6	97	98
5) nadzieje na przyszłość	1	2	3	4	5	6	97	98
6) zadowolenie z życia	1	2	3	4	5	6	97	98
7) nerwowość	1	2	3	4	5	6	97	98
8) wyczerpanie	1	2	3	4	5	6	97	98
9) brak nadziei	1	2	3	4	5	6	97	98
10) smutek	1	2	3	4	5	6	97	98
11) beznadziejność sytuacji	1	2	3	4	5	6	97	98
12) zmartwienie	1	2	3	4	5	6	97	98

- 1) w bardzo dużym stopniu
- 2) w dużym stopniu
- 3) w średnim stopniu (przeciętnie)
- 4) w małym stopniu
- 5) w bardzo małym stopniu

- 6) nie odczuwałem(łam)  
 97) *trudno powiedzieć*  
 98) *odmowa odpowiedzi*

### MODUŁ D: Dieta i styl życia

20. Czy jest Pan(i) wegetarianinem?

- ☐ 1) tak  
☐ 2) nie  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

21. Jak często członkowie Pana(i) gospodarstwa domowego spożywają posiłki?

- ☐ 1) pięć razy dziennie (śniadanie, drugie śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja)  
☐ 2) cztery razy dziennie  
☐ 3) trzy razy dziennie  
☐ 4) dwa razy dziennie  
☐ 5) raz dziennie  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

22. Jak często członkowie Pana(i) gospodarstwa domowego spożywają lub mają możliwość spożywania ciepłego posiłku w ciągu dnia?

- ☐ 1) codziennie  
☐ 2) kilka razy w tygodniu  
☐ 3) raz w tygodniu  
☐ 4) rzadziej lub nie mają takiej możliwości  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

23. Jak często w ciągu ostatniego tygodnia członkowie Pan(i) gospodarstwa domowego spożywali następujące produkty?

1. chleb/bułki	1	2	3	4	5	6	97	98
2. makaron	1	2	3	4	5	6	97	98
3. ryż, kasza	1	2	3	4	5	6	97	98
4. wędliny:	1	2	3	4	5	6	97	98
a) typu: pasztetowa, wątrobianą, kaszanka, kielbasa zwyczajna	1	2	3	4	5	6	97	98
b) typu: szynka, polędwica	1	2	3	4	5	6	97	98
5. mięso:	1	2	3	4	5	6	97	98
a) drób typu: skrzydełka, piersi, korpusty, udka, cały kurczak	1	2	3	4	5	6	97	98
b) wieprzowina typu: schab, szynka, golonka, karkówka, łopatka, boczek, ножki, żeberka	1	2	3	4	5	6	97	98

c) wołowina typu: rostbef, zrazówka, szponder, rozbratel, antrykot	1	2	3	4	5	6	97	98
d) cielęcina typu: udziec, karkówka, gicz	1	2	3	4	5	6	97	98
6. podroby mięsne typu: wątróbka, nerki, serca, ozory	1	2	3	4	5	6	97	98
7. ryby i przetwory rybne	1	2	3	4	5	6	97	98
8. jaja i nabiał typu: mleko, sery, kefir, śmietana	1	2	3	4	5	6	97	98
9. tłuszcze:	1	2	3	4	5	6	97	98
a) typu: smalec, margaryna, sadło, topiona słonina	1	2	3	4	5	6	97	98
b) typu: olej roślinny, masło, oliwa	1	2	3	4	5	6	97	98
10. warzywa:	1	2	3	4	5	6	97	98
a) typu: ziemniaki, kapusta, cebula, czosnek	1	2	3	4	5	6	97	98
b) typu: pomidory, brokuły, kalafior, sałata, ogórek	1	2	3	4	5	6	97	98
11. owoce	1	2	3	4	5	6	97	98
12. soja i produkty sojowe	1	2	3	4	5	6	97	98

- 1) kilka razy dziennie  
 2) prawie codziennie  
 3) kilka razy w tygodniu  
 4) raz w tygodniu  
 5) rzadziej niż raz w tygodniu  
 6) nie spożywałem(łam)  
 97) trudno powiedzieć  
 98) odmowa odpowiedzi

24. Czy pali Pan(i) obecnie papierosy?

- ☐ 1) tak (przejdź do pytania 26)  
☐ 2) nie (przejdź do pytania 25)  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

25. Czy palił Pan(i) w przeszłości papierosy? (Następnie przejdź do pytania 28)

- ☐ 1) tak, codziennie  
☐ 2) tak, przynajmniej raz w tygodniu  
☐ 3) tak, ale rzadko  
☐ 4) nie, nigdy nie paliłem(łam)  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

26. Jaką ilość (przybliżoną) sztuk papierosów wypala Pan(i) w ciągu tygodnia?

- ☐ 1) ok. 20 sztuk  
☐ 2) ok. 40 sztuk



32. Czy posiada Pan(i) dzieci, które nie ukończyły 18 roku życia – nie są pełnoletnie – i wychowują się we wspólnym gospodarstwie domowym (rok urodzenia 1994 i późniejsze)?

- ☐ 1) tak (przejdź do pytania 33)  
☐ 2) nie (przejdź do pytania 34)

33. Proszę wskazać, w jaki sposób spędzają czas wolny Pan(i) dzieci? Następnie proszę wybrać, które z wymienionych jest dla Pana(i) dzieci najważniejsze (dominuje).

- |                          |  |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) czytanie książek lub gazet                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2) oglądanie TV lub słuchanie radia                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3) granie w gry komputerowe lub gry na konsoli gier wideo        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4) odpoczynek na kanapie   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5) surfowanie w Internecie                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6) aktywność fizyczna:   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | a) piłka nożna   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | b) koszykówka  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | c) siatkówka   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | d) tenis   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | e) sporty walki (np. boks, karate, judo)                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | f) basen   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | g) siłownia  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | h) hokej na trawie   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | i) inne (jakie?).....  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7) spotkania z kolegami  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8) wyjścia do kina, teatru, muzeum lub innych instytucji kultury | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9) inne (jakie?).....  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 97) trudno powiedzieć  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 98) odmowa odpowiedzi  | <input type="checkbox"/> |

### MODUŁ E: System opieki zdrowotnej

34. Czy korzysta Pan(i) z proponowanych przez system opieki zdrowotnej działań dotyczących profilaktyki zdrowotnej (typu: wizyty u stomatologa, badania ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu)?

- ☐ 1) tak  
☐ 2) nie (przejdź do pytania 36)  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

35. Z których działań dotyczących profilaktyki zdrowotnej Pan(i) korzysta w ciągu ostatniego roku?:

1. kontrolne badania stomatologiczne	1	2	97	98
2. badania ciśnienia krwi	1	2	97	98
3. badania poziomu cholesterolu	1	2	97	98
4. szczepienia ochronne	1	2	97	98
5. badania narządów płciowych	1	2	97	98
6. inne (jakie?).....				



- 1) tak  
 2) nie  
 97) trudno powiedzieć  
 98) odmowa odpowiedzi

36. Jak często, w ciągu ostatniego roku, kontaktował(a) się Pan(i) z:

1. lekarzem pierwszego kontaktu (rodzinnym)	1	2	3	4	5	97	98
2. lekarzem specjalistą	1	2	3	4	5	97	98
3. dentystą	1	2	3	4	5	97	98

- 1) raz w tygodniu  
 2) raz w miesiącu  
 3) raz na kwartał  
 4) raz na pół roku  
 5) w ogóle  
 97) trudno powiedzieć  
 98) odmowa odpowiedzi

37. Czy zastosował(a) się Pan(i) do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty:

- ☐ 1) zdecydowanie tak (*przejdź do pytania 39*)  
☐ 2) raczej tak (*przejdź do pytania 39*)  
☐ 3) ani tak, ani nie  
☐ 4) raczej nie  
☐ 5) zdecydowanie nie  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

38. Proszę wskazać, czym spowodowane było Pana(i) niezastosowanie się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty. Następnie proszę wybrać, które z wymienionych jest dla Pana(i) najważniejsze.

- ☐ 1) brak zrozumienia zaleceń lekarza/dentysty  
☐ 2) brak środków finansowych na realizację zaleceń  
☐ 3) brak wiedzy o tym, jak zrealizować zalecenia  
☐ 4) brak zaufania do lekarza  
☐ 5) brak możliwości, leżący po stronie placówki ochrony zdrowia  
☐ 6) inne (jakie?).....  
☐ 97) trudno powiedzieć  
☐ 98) odmowa odpowiedzi

39. Czy brak środków finansowych zmusił Pana(ą) w ciągu ostatniego roku do częściowej rezygnacji bądź rezygnacji całkowitej z:

1. wizyty u lekarza pierwszego kontaktu /rodzinnego/dentysty	1	2	97	98
2. wizyty u lekarza specjalisty	1	2	97	98
3. skorzystania z usług dentystrycznych	1	2	97	98

4. zakupu przepisanych leków	1	2	97	98
5. poddania się badaniom	1	2	97	98
6. pobytu w szpitalu	1	2	97	98
7. poddania się rehabilitacji	1	2	97	98
8. inne (jakie?).....				

- 1) tak  
 2) nie  
 97) trudno powiedzieć  
 98) odmowa odpowiedzi

40. W sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków, proszę wskazać, które z poniższych działań Pan(i) podejmuje. Następnie proszę wybrać, które z nich jest podejmowane najczęściej:

<input type="checkbox"/>	1) pożyczka pieniężna od rodziny/znajomych na wykup wszystkich leków	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) wykupienie tylko niektórych leków	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) wykupienie leku tańszego	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) prośba do lekarza o wypisanie tańszego zamiennika jeszcze w gabinecie lekarskim	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) poszukiwanie tzw. tanich aptek	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) kupno leków na tzw. zeszyt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) złożenie wniosku do MOPS-u o zasiłek celowy na wykup leków	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) zwrócenie się do organizacji pozarządowej, która oferuje leki bezpłatnie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) rezygnacja z zakupu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

41. Proszę wskazać, z którymi z przedstawionych poniżej trudnościami związanymi z uzyskaniem wizyty u lekarza pierwszego kontaktu/rodzinnego, spotkał(a) się Pan(i) w ciągu ostatniego roku. Następnie proszę wybrać, które z nich było najważniejsze (dominujące):

<input type="checkbox"/>	1) wyczerpany limit miejsc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) odległe terminy wizyty (długi czas oczekiwania na wizytę)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) czas przyjęcia (pora dnia)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) godziny pracy lekarza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) konieczność dojazdu poza miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) czas dojazdu do lekarza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) środek komunikacji	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) brak informacji o lokalizacji przychodni	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

42. Proszę wskazać, z którymi z przedstawionych poniżej trudnościami związanymi z uzyskaniem wizyty u lekarza specjalisty, spotkał(a) się Pan(i) w ciągu ostatniego roku. Następnie proszę wybrać, która z nich była najważniejsza (dominująca):

<input type="checkbox"/>	1) brak możliwości uzyskania skierowania do lekarza specjalisty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) wyczerpany limit miejsc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) odległe terminy wizyty (długi czas oczekiwania na wizytę)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) czas przyjęcia (pora dnia)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) godziny pracy lekarza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) konieczność dojazdu poza miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) czas dojazdu do lekarza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) środek komunikacji	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) brak informacji o lokalizacji przychodni	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

43. Proszę wskazać, które z przedstawionych poniżej trudności związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia napotkał(a) Pan(i) w ciągu ostatniego roku. Następnie proszę wybrać, która z nich była najważniejsza (dominująca)?

<input type="checkbox"/>	1) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na wizytę lekarza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) brak pełnej informacji od lekarza co do rzeczywistego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) niewłaściwe traktowanie przez personel medyczny	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) konieczność ponoszenia opłat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) wymuszanie „opłat pozaformalnych” (tzw. łapówek)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

44. Czy ma Pan(i) zaufanie do lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty udzielającego Panu(i) porady medycznej:

<input type="checkbox"/>	1) zdecydowanie tak (bardzo duże)
<input type="checkbox"/>	2) raczej tak (duże)
<input type="checkbox"/>	3) ani tak, ani nie (średnie)
<input type="checkbox"/>	4) raczej nie (dość małe)
<input type="checkbox"/>	5) zdecydowanie nie (małe)
<input type="checkbox"/>	97) trudno powiedzieć
<input type="checkbox"/>	98) odmowa odpowiedzi

45. Czy zgodzi się Pan(i) ze zdaniem: „Możliwości korzystania z publicznej opieki zdrowotnej w Polsce są równe dla wszystkich ubezpieczonych?”:

<input type="checkbox"/>	1) zdecydowanie tak
<input type="checkbox"/>	2) raczej tak
<input type="checkbox"/>	3) ani tak, ani nie
<input type="checkbox"/>	4) raczej nie
<input type="checkbox"/>	5) zdecydowanie nie

- ☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

### MODUŁ F: Działalność podmiotów lokalnej polityki społecznej

46. Czy Pana(i) gospodarstwo domowe lub jego członkowie doświadczają wsparcia ze strony organizacji pozarządowych (społecznych), których obszar działań dotyczy edukacji, promocji i/lub profilaktyki zdrowotnej?

- ☐ 1) tak  
☐ 2) nie (*przejdź do pytania 48*)  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

47. Jakiego rodzaju pomocy udzielają Pana(i) gospodarstwu domowemu lub jego dorosłym członkom organizacje pozarządowe (społeczne), których obszar działań dotyczy edukacji, promocji i/lub profilaktyki zdrowotnej? Można wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

- ☐ 1) pomoc finansowa (np. w sfinansowaniu zakupu leków, materiałów opatrunkowych)  
☐ 2) pomoc materialna (np. produkty żywnościowe, środki czystości, leki, materiały opatrunkowe)  
☐ 3) wsparcie psychologiczne  
☐ 4) pomoc w przezwyciężaniu uzależnienia (np. tytoniowego, alkoholowego)  
☐ 5) działania wskazujące, jak prowadzić zdrowy tryb życia  
☐ 6) działania informujące o warunkach dostępu do systemu ochrony zdrowia  
☐ 7) *innej, jakiej?*  
.....  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

48. Proszę wymienić organizacje pozarządowe (społeczne), których obszar działań dotyczy edukacji, promocji i/lub profilaktyki zdrowotnej i które udzieliły pomocy Pana(i) gospodarstwu domowemu lub jego członkom:

49. Czy jest Pan(i) osobą bezrobotną?

- ☐ 1) tak  
☐ 2) nie (*przejdź do metryczki*)  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

50. Jak Pan(i) ocenia szanse na znalezienie Panu(i) pracy przez Powiatowy Urząd Pracy?

- ☐ 1) bardzo duże  
☐ 2) duże  
☐ 3) przeciętne (średnie)  
☐ 4) małe  
☐ 5) bardzo małe  
☐ 97) *trudno powiedzieć*  
☐ 98) *odmowa odpowiedzi*

## METRYCZKA

## 1. Płeć:

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) mężczyzna |
| <input type="checkbox"/> | 2) kobieta   |

## 2. Rok urodzenia:

--	--	--	--	--

## 3. Stan cywilny faktyczny:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) kawaler/panna  |
| <input type="checkbox"/> | 2) żonaty/zamężna (w świetle prawa cywilnego lub kanonicznego i pozostający w faktycznym małżeństwie)   |
| <input type="checkbox"/> | 3) partner/partnerka (to samo gospodarstwo domowe, bez względu na stan cywilny prawny)  |
| <input type="checkbox"/> | 4) wdowiec/wdowa  |
| <input type="checkbox"/> | 5) rozwiedziony/rozwiedziona  |
| <input type="checkbox"/> | 6) separowany/separowana (osoby pozostające w separacji prawnej i nietworzące związków partnerskich z innymi osobami oraz osoby w stanie cywilnym prawnym żonaty/zamężna, niepozostające w związku małżeńskim i nietworzące związków partnerskich z innymi osobami) |

## 4. Jak jest Pana(i) wykształcenie?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) wyższe  |
| <input type="checkbox"/> | 2) policealne  |
| <input type="checkbox"/> | 3) średnie zawodowe                                      |
| <input type="checkbox"/> | 4) średnie ogólnokształcące                              |
| <input type="checkbox"/> | 5) zasadnicze zawodowe                                   |
| <input type="checkbox"/> | 6) podstawowe ukończone                                  |
| <input type="checkbox"/> | 7) podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego |

## 5. Typ gospodarstwa domowego:

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) jednorodzinne          |
| <input type="checkbox"/> | 2) dwurodzinne            |
| <input type="checkbox"/> | 3) trzy i więcej rodzinne |

6. Czy jest Pan(i) głową gospodarstwa domowego? (*za głowę gospodarstwa domowego uznaje się osobę, która całkowicie lub w przeważającej części dostarcza środków utrzymania danemu gospodarstwu domowemu. Jeżeli dwie lub więcej osób dostarczają środków utrzymania w jednakowym stopniu, za głowę gospodarstwa domowego uznaje się tę osobę, która tymi środkami rozporządza*).

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) tak (przejdź do pytania 7) |
| <input type="checkbox"/> | 2) nie (przejdź do pytania 8) |

7. Jaki jest stopień pokrewieństwa, powinowactwa lub innego związku Pana(i) z głową gospodarstwa domowego?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) mąż/partner, żona/partnerka                            |
| <input type="checkbox"/> | 2) syn, córka   |
| <input type="checkbox"/> | 3) ojciec, matka  |
| <input type="checkbox"/> | 4) teść, teściowa   |
| <input type="checkbox"/> | 5) zięć, synowa   |
| <input type="checkbox"/> | 6) brat, siostra  |
| <input type="checkbox"/> | 7) dziadek, babka, pradziadek, prababka                   |
| <input type="checkbox"/> | 8) wnuk, wnuczka  |
| <input type="checkbox"/> | 9) inny krewny (np. bratowa, szwagier, siostrzeniec, wuj) |
| <input type="checkbox"/> | 10) osoba niespokrewniona                                 |

8. Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego (*źródło, z którego pochodzi przeważająca część środków w budżecie domowym, przeznaczana na potrzeby wszystkich członków gospodarstwa*):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) dochody (zarobki) z pracy osobiście wykonywanej, niezależnie od charakteru zatrudnienia |
| <input type="checkbox"/> | 2) niezarobkowe źródło dochodów  |
| <input type="checkbox"/> | 3) dochody pochodzące z własności  |
| <input type="checkbox"/> | 4) dochody pochodzące z najmu  |
| <input type="checkbox"/> | 5) pozostawanie na utrzymaniu innych osób posiadających własne źródło dochodów             |

9. W którym roku po raz pierwszy Pana(i) gospodarstwu domowemu przyznano zasiłek okresowy (*ewentualnie, ile lat temu*)?

--	--	--	--	--

 lub 

--	--	--

#### Do wypełnienia:

1. Proszę wskazać, jak często, według Pana(i) wiedzy, w Pana(i) gospodarstwie domowym dochodzi do picia napojów alkoholowych. (*Można udzielić jednej odpowiedzi*):

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) codziennie            |
| <input type="checkbox"/> | 2) kilka razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> | 3) raz w tygodniu        |
| <input type="checkbox"/> | 4) raz w miesiącu        |
| <input type="checkbox"/> | 5) kilka razy w roku     |
| <input type="checkbox"/> | 6) raz w roku            |
| <input type="checkbox"/> | 7) raz na kilka lat      |
| <input type="checkbox"/> | 8) wcale                 |

2. Jakiego rodzaju napoje alkoholowe spożywa się w Pana(i) gospodarstwie domowym? (Można udzielić więcej niż jednej odpowiedzi).

	TAK	NIE
piwo		
wino		
wino owocowe		
wódka, spirytus		
samogon (bimber)		
denaturat		
inne (jakie?) .....		

3. Proszę określić, w jakim stopniu ograniczenie picia alkoholu jest dla Pana(i) ważne? Proszę określić to za pomocą skali od 0 do 10. 0 oznacza całkowicie nieważne, a 10 bardzo ważne.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
całkowicie nieważne										bardzo ważne

4. Proszę wskazać, jak często, według Pana(i) wiedzy, w Pana(i) gospodarstwie domowym dochodzi do zażywania narkotyków lub innych środków psychoaktywnych? (Można udzielić jednej odpowiedzi):

<input type="checkbox"/>	1) codziennie
<input type="checkbox"/>	2) kilka razy w tygodniu
<input type="checkbox"/>	3) raz w tygodniu
<input type="checkbox"/>	4) raz w miesiącu
<input type="checkbox"/>	5) kilka razy w roku
<input type="checkbox"/>	6) raz w roku
<input type="checkbox"/>	7) raz na kilka lat
<input type="checkbox"/>	8) wcale

5. Jakiego rodzaju narkotyki lub inne środki psychoaktywne zażywa się w Pana(i) gospodarstwie domowym? (Można udzielić więcej niż jednej odpowiedzi):

	TAK	NIE
klej		
marihuana		
haszysz		
heroina		
kokaina		
amfetamina		
LSD		
leki		
inne (jakie?)		

6. Proszę określić w jakim stopniu zaprzestanie zażywania narkotyków lub innych środków psychoaktywnych jest dla Pana(i) ważne? Proszę określić to za pomocą skali od 0 do 10. 0 oznacza całkowicie nieważne, a 10 bardzo ważne.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
całkowicie nieważne										bardzo ważne

7. Proszę wskazać, jak często, według Pana(i) wiedzy, w Pana(i) gospodarstwie domowym dochodzi do następujących zachowań:

a) przemoc w rodzinie:

- ☐ 1) codziennie
- ☐ 2) kilka razy w tygodniu
- ☐ 3) raz w tygodniu
- ☐ 4) raz w miesiącu
- ☐ 5) kilka razy w roku
- ☐ 6) raz w roku
- ☐ 7) raz na kilka lat
- ☐ 8) wcale

b) prostytucja:

- ☐ 1) codziennie
- ☐ 2) kilka razy w tygodniu
- ☐ 3) raz w tygodniu
- ☐ 4) raz w miesiącu
- ☐ 5) kilka razy w roku
- ☐ 6) raz w roku
- ☐ 7) raz na kilka lat
- ☐ 8) wcale

c) próby samobójcze lub samobójstwa:

- ☐ 1) miały miejsce
- ☐ 2) nie miały miejsca

8. Pana(i) zdaniem pomoc finansowa, którą można otrzymać z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej na zakup leków powinna być:

- ☐ 1) zwiększona
- ☐ 2) utrzymana na dotychczasowym poziomie
- ☐ 3) zmniejszona

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie: .....



**OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ  
o zgodzie na udział w badaniach**

Wyrażam zgodę na udział w badaniach naukowych. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udzielonych ankieterowi dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu badawczego (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2002 nr 101. poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....  
podpis

Siemianowice Śląskie, .....  
miejscowość, data

**Karta odpowiedzi**

**3.**

- 1) tak, na abonament
- 2) tak, na kartę
- 3) tak, w tzw. ofercie mix
- 4) nie

**7.**

- 1) bardzo bezpieczne
- 2) bezpieczne
- 3) raczej bezpieczne
- 4) niebezpieczne
- 5) bardzo niebezpieczne

**9. a), b), c), d)**

- 1) codziennie
- 2) kilka razy w tygodniu
- 3) raz w tygodniu
- 4) raz w miesiącu
- 5) kilka razy w roku
- 6) raz w roku
- 7) raz na kilka lat
- 8) wcale

**10.**

- 1) zdecydowanie się zgadzam
- 2) raczej się zgadzam
- 3) ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- 4) raczej się nie zgadzam
- 5) zdecydowanie się nie zgadzam

**11.**

- 1) kilka razy w tygodniu
- 2) kilka razy w miesiącu
- 3) rzadziej
- 4) nigdy
- 5) nie jest dostępne

12.

- 1) jest bardzo dobry
- 2) jest dobry
- 3) jest ani dobry, ani zły
- 4) jest zły
- 5) jest bardzo zły

14.

- 1) tak, w przeszłości
- 2) tak, obecnie
- 3) nie, nigdy

15.

- 1) w znacznym stopniu
- 2) w umiarkowanym stopniu
- 3) w niewielkim stopniu
- 4) nie ogranicza

16.

- 1) tak, bardzo często
- 2) tak, często
- 3) tak, przeciętnie (średnio często)
- 4) tak, rzadko
- 5) tak, bardzo rzadko
- 6) nie, nie dotyczy

17.

- 1) śmierć osób bliskich
- 2) rozwód
- 3) kara więzienia
- 4) choroba
- 5) ciąża
- 6) utrata pracy
- 7) problemy finansowe

18.

- 1) uprawianie sportu
- 2) spacer
- 3) słuchanie muzyki
- 4) rozmowa z osobami bliskimi
- 5) zażywanie leków
- 6) palenie papierosów
- 7) picie alkoholu
- 8) środki psychoaktywne
- 9) nie radzę sobie ze stresem

19.

- 1) w bardzo dużym stopniu
- 2) w dużym stopniu
- 3) w średnim stopniu (przeciętnie)
- 4) w małym stopniu
- 5) w bardzo małym stopniu
- 6) nie odczuwałem(łam)

21.

- 1) pięć razy dziennie (śniadanie, drugie śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja)
- 2) cztery razy dziennie
- 3) trzy razy dziennie
- 4) dwa razy dziennie
- 5) raz dziennie

22.

- 1) codziennie
- 2) kilka razy w tygodniu
- 3) raz w tygodniu
- 4) rzadziej lub nie mają takiej możliwości

23.

- 1) kilka razy dziennie
- 2) prawie codziennie
- 3) kilka razy w tygodniu
- 4) raz w tygodniu
- 5) rzadziej niż raz w tygodniu
- 6) nie spożywałem(łam)

25.

- 1) tak, codziennie
- 2) tak, przynajmniej raz w tygodniu
- 3) tak, ale rzadko
- 4) nie, nigdy nie paliłem(łam)

26.

- 1) ok. 20 sztuk
- 2) ok. 40 sztuk
- 3) ok. 60 sztuk
- 4) ok. 80 sztuk
- 5) ok. 100 sztuk
- 6) ok. 120 sztuk
- 7) ok. 140 i więcej sztuk

27.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
całkowicie nieważne										bardzo ważne

30.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
całkowicie nieważne										bardzo ważne

31.

- 1) czytanie książek lub gazet
- 2) oglądanie TV lub słuchanie radia
- 3) granie w gry komputerowe lub gry na konsoli gier wideo
- 4) odpoczynek na kanapie
- 5) surfowanie w Internecie
- 6) aktywność fizyczna na świeżym powietrzu
- 7) spotkania towarzyskie
- 8) wyjścia do kina, teatru, muzeum lub innych instytucji kultury

- 9) zabawa z dzieckiem
- 10) odpoczynek lub praca w ogródku działkowym
- 11) robotki ręczne (np. na drutach, szydełkowanie)

33.

- 1) czytanie książek lub gazet
- 2) oglądanie TV lub słuchanie radia
- 3) granie w gry komputerowe lub gry na konsoli gier wideo
- 4) odpoczynek na kanapie
- 5) surfowanie w Internecie
- 6) aktywność fizyczna:
  - a) piłka nożna
  - b) koszykówka
  - c) siatkówka
  - d) tenis
  - e) sporty walki (np. boks, karate, judo)
  - f) basen
  - g) siłownia
  - h) hokej na trawie
- 7) spotkania z kolegami
- 8) wyjścia do kina, teatru, muzeum lub innych instytucji kultury

36.

- 1) raz w tygodniu
- 2) raz w miesiącu
- 3) raz na kwartał
- 4) raz na pół roku
- 5) w ogóle

37.

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) ani tak, ani nie
- 4) raczej nie
- 5) zdecydowanie nie

38.

- 1) brak zrozumienia zaleceń lekarza/dentysty
- 2) brak środków finansowych na realizację zaleceń
- 3) brak wiedzy o tym, jak zrealizować zalecenia
- 4) brak zaufania do lekarza
- 5) brak możliwości, leżący po stronie placówki ochrony zdrowia

40.

- 1) pożyczka pieniężna od rodziny/znajomych na wykup wszystkich leków
- 2) wykupienie tylko niektórych leków
- 3) wykupienie leku tańszego
- 4) prośba do lekarza o wypisanie tańszego zamiennika jeszcze w gabinecie lekarskim
- 5) poszukiwanie tzw. tanich aptek
- 6) kupno leków na tzw. zeszyt
- 7) złożenie wniosku do MOPS-u o zasiłek celowy na wykup leków
- 8) zwrócenie się do organizacji pozarządowej, która oferuje leki bezpłatnie
- 9) rezygnacja z zakupu

41.

- 1) wyczerpany limit miejsc
- 2) odległe terminy wizyty (długi czas oczekiwania na wizytę)
- 3) czas przyjęcia (pora dnia)
- 4) godziny pracy lekarza
- 5) konieczność dojazdu poza miejsce zamieszkania
- 6) czas dojazdu do lekarza
- 7) środek komunikacji
- 8) brak informacji o lokalizacji przychodni

42.

- 1) brak możliwości uzyskania skierowania do lekarza specjalisty
- 2) wyczerpany limit miejsc
- 3) odległe terminy wizyty (długi czas oczekiwania na wizytę)
- 4) czas przyjęcia (pora dnia)
- 5) godziny pracy lekarza
- 6) konieczność dojazdu poza miejsce zamieszkania
- 7) czas dojazdu do lekarza
- 8) środek komunikacji
- 9) brak informacji o lokalizacji przychodni

43.

- 1) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na wizytę lekarza
- 2) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne
- 3) kolejki i związany z nimi długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala
- 4) brak pełnej informacji od lekarza co do rzeczywistego stanu zdrowia
- 5) niewłaściwe traktowanie przez personel medyczny
- 6) konieczność ponoszenia opłat
- 7) wymuszanie „opłat pozaformalnych” (tzw. łapówek)

44.

- 1) zdecydowanie tak (bardzo duże)
- 2) raczej tak (duże)
- 3) ani tak, ani nie (średnie)
- 4) raczej nie (dość małe)
- 5) zdecydowanie nie (małe)

45.

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) ani tak, ani nie
- 4) raczej nie
- 5) zdecydowanie nie

47.

- 1) pomoc finansowa (np. w sfinansowaniu zakupu leków, materiałów opatrunkowych)
- 2) pomoc materialna (np. produkty żywnościowe, środki czystości, leki, materiały opatrunkowe)
- 3) wsparcie psychologiczne
- 4) pomoc w przezwyciężaniu uzależnienia (np. tytoniowego, alkoholowego)
- 5) działania wskazujące jak prowadzić zdrowy tryb życia
- 6) działania informujące o warunkach dostępu do systemu ochrony zdrowia

## 50.

- 1) bardzo duże
- 2) duże
- 3) przeciętne (średnie)
- 4) małe
- 5) bardzo małe

## 3.

- 1) kawaler/panna
- 2) żonaty/zamężna (w świetle prawa cywilnego lub kanonicznego i pozostający w faktycznym małżeństwie)
- 3) partner/partnerka (to samo gospodarstwo domowe, bez względu na stan cywilny prawny)
- 4) wdowiec/wdowa
- 5) rozwiedziony/rozwiedziona
- 6) separowany/separowana (osoby pozostające w separacji prawnej i nietworzące związków partnerskich z innymi osobami oraz osoby w stanie cywilnym prawnym żonaty/zamężna, niepozostające w związku małżeńskim i nietworzące związków partnerskich z innymi osobami)

## 4.

- 1) wyższe
- 2) policealne
- 3) średnie zawodowe
- 4) średnie ogólnokształcące
- 5) zasadnicze zawodowe
- 6) podstawowe ukończone
- 7) podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego

## 7.

- 1) mąż/partner, żona/partnerka
- 2) syn, córka
- 3) ojciec, matka
- 4) teść, teściowa
- 5) zięć, synowa
- 6) brat, siostra
- 7) dziadek, babka, pradziadek, prababka
- 8) wnuk, wnuczka
- 9) inny krewny (np. bratowa, szwagier, siostrzeniec, wuj)
- 10) osoba niespokrewniona

## 8.

- 1) dochody (zarobki) z pracy osobiście wykonywanej, niezależnie od charakteru zatrudnienia
- 2) niezarobkowe źródło dochodów
- 3) dochody pochodzące z własności
- 4) dochody pochodzące z najmu
- 5) pozostawanie na utrzymaniu innych osób posiadających własne źródło dochodów

**Załącznik 2. Wykaz jednostek wchodzących w skład próby zasadniczej i próby zapasowej.****Ankieter A**

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	3945	2	Mickiewicza	16a	1222	1	Bytkowska
1b	1247	2	Mickiewicza	16b	2157	3	Bytkowska
2a	2819	2	Mickiewicza	17a	566	1	Bytkowska
2b	529	1	Mickiewicza	17b	1231	1	Bytkowska
3a	4963	1	Mickiewicza	18a	1514	5	Bytkowska
3b	1902	2	Mickiewicza	18b	3065	2	Bytkowska
4a	6852	1	Mickiewicza	19a	571	1	Bytkowska
4b	6642	1	Mickiewicza	19b	5624	1	Bytkowska
5a	5544	5	Mickiewicza	20a	3517	1	Bytkowska
5b	4382	1	Mickiewicza	20b	4044	6	Bytkowska
6a	6133	1	Mickiewicza	21a	2771	1	Bytkowska
6b	1496	2	Mickiewicza	21b	41	2	Bytkowska
7a	1982	2	Mickiewicza	22a	706	3	Bytkowska
7b	6392	1	Mickiewicza	22b	3942	1	Bytkowska
8a	6594	1	Mickiewicza	23a	4700	2	Bytkowska
8b	3816	2	Mickiewicza	23b	3892	3	Bytkowska
9a	1479	4	Mickiewicza	24a	6361	1	Chrobrego
9b	1117	2	Mickiewicza	24b	4191	5	Cicha
10a	542	1	Mickiewicza	25a	6212	4	Wojciecha
10b	618	2	Mickiewicza	25b	1138	4	Wróbla
11a	5986	6	Piaskowa	26a	1320	1	Bratnia
11b	4401	1	Piaskowa	26b	659	3	Browarowa
12a	2826	4	Piaskowa	27a	5498	1	Krupanka
12b	3299	1	Piaskowa	27b	1289	4	Krupanka
13a	4298	4	Piaskowa	28a	2720	7	Krupanka
13b	740	5	Piaskowa	28b	5659	2	Krupanka
14a	3179	2	Piaskowa	29a	5920	2	Ogrodowa
14b	3339	2	Piaskowa	29b	5313	1	Ogrodowa
15a	6050	4	Mysłowicka	30a	6649	2	Ogrodowa
15b	2054	5	Niepodległości	30b	5384	2	Ogrodowa

## Ankieter B

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	2147	4	Michałkowicka	18a	6072	1	Głowackiego
1b	664	1	Michałkowicka	18b	4904	1	Głowackiego
2a	693	1	Michałkowicka	19a	2731	5	Głowackiego
2b	52	2	Michałkowicka	19b	1685	7	Głowackiego
3a	3046	1	Michałkowicka	20a	5030	1	Chopina
3b	6311	1	Michałkowicka	20b	365	2	Chopina
4a	2454	5	Św. Barbary	21a	318	2	Chopina
4b	2989	1	Św. Barbary	21b	1767	2	Chorzowska
5a	6282	4	Św. Barbary	22a	3706	2	Parkowa
5b	599	1	Św. Barbary	22b	2636	4	Parkowa
6a	1934	8	Św. Barbary	23a	1518	2	Parkowa
6b	6654	4	Św. Barbary	23b	2632	6	Parkowa
7a	6651	1	Św. Barbary	24a	6608	1	Parkowa
7b	936	2	Św. Barbary	24b	5311	1	Parkowa
8a	3386	1	Św. Barbary	25a	3417	3	Parkowa
8b	5237	1	Św. Barbary	25b	1715	1	Parkowa
9a	3161	2	Św. Barbary	26a	158	3	Parkowa
9b	592	1	Św. Barbary	26b	5184	3	Parkowa
10a	6325	1	Św. Barbary	27a	684	1	Parkowa
10b	1286	1	Św. Barbary	27b	753	6	Parkowa
11a	5283	1	Św. Barbary	28a	5980	1	PCK
11b	857	2	Św. Barbary	28b	5257	3	PCK
12a	2902	1	Głowackiego	29a	1354	2	Al. Sportowców
12b	2986	1	Głowackiego	29b	3083	3	Boczna
13a	1863	2	Głowackiego	30a	4008	2	Krótką
13b	552	5	Głowackiego	30b	1668	2	Krótką
14a	4931	1	Głowackiego	31a	5643	4	Krótką
14b	2564	3	Głowackiego	31b	517	5	Kruczkowskiego
15a	2667	6	Głowackiego	32a	2069	5	Kraśnińskiego
15b	97	1	Górna	32b	5029	1	Krótką
16a	587	1	Głowackiego	33a	5715	3	1 Maja
16b	6198	1	Głowackiego	33b	2528	1	1 Maja
17a	2695	1	Głowackiego	34a	6346	2	1 Maja
17b	613	4	Głowackiego	34b	3709	1	1 Maja



Ankieter C

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	6239	1	Sobieskiego	16a	5236	2	Szkolna
1b	5139	1	Sobieskiego	16b	3059	1	Szkolna
2a	5978	3	Sobieskiego	17a	1376	1	Browarowa
2b	5805	3	Sobieskiego	17b	1916	1	Browarowa
3a	5224	1	Sobieskiego	18a	1970	5	Buczka
3b	1807	2	Sobieskiego	18b	2767	4	Buczka
4a	6086	3	Sobieskiego	19a	4620	5	Kasprzaka
4b	1033	5	Sobieskiego	19b	1422	2	Kasprzaka
5a	5752	2	Sobieskiego	20a	6400	2	Trafalczyka
5b	2108	4	Sobieskiego	20b	5923	2	Trafalczyka
6a	858	3	Sobieskiego	21a	6728	1	Sienkiewicza
6b	3563	3	Sobieskiego	21b	5775	1	Sienkiewicza
7a	2839	4	Sobieskiego	22a	1755	3	Sienkiewicza
7b	1294	1	Sobieskiego	22b	2169	4	Sienkiewicza
8a	2109	6	Sobieskiego	23a	708	1	Sienkiewicza
8b	2062	8	Sobieskiego	23b	5134	1	Sienkiewicza
9a	4811	1	Sobieskiego	24a	5405	6	Jedności
9b	6472	1	Sobieskiego	24b	5135	5	Kapicy
10a	2166	2	Waryńskiego	25a	2972	4	Watoły
10b	1513	2	Waryńskiego	25b	2698	6	Watoły
11a	2163	2	Waryńskiego	26a	5955	2	Jagiełły
11b	2000	5	Waryńskiego	26b	5360	1	Jagiełły
12a	6702	1	Waryńskiego	27a	1679	2	Jagiełły
12b	1291	1	Waryńskiego	27b	6420	7	Jagiełły
13a	581	1	Waryńskiego	28a	3042	1	Browarowa
13b	307	1	Waryńskiego	28b	3734	1	Browarowa
14a	1617	5	Szkolna	29a	5654	4	Browarowa
14b	2345	5	Szkolna	29b	2068	4	Brzozowa
15a	3608	1	Szkolna	30a	4245	4	Buczka
15b	772	3	Szkolna	30b	1912	4	Buczka

## Ankieter D

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	2021	1	Ligonia	17a	6327	1	Hutnicza
1b	1341	1	Ligonia	17b	2413	2	Hutnicza
2a	2024	2	Ligonia	18a	5125	1	Hutnicza
2b	4332	2	Ligonia	18b	6759	1	Jagiellońska
3a	5673	2	Ligonia	19a	742	1	Jana Pawła II
3b	1078	4	Lipowa	19b	260	4	Jana Pawła II
4a	2173	1	Jagiellońska	20a	6011	5	Jana Pawła II
4b	5545	1	Jagiellońska	20b	4514	7	Jana Pawła II
5a	773	1	Jagiellońska	21a	1504	1	Chopina
5b	2017	1	Jagiellońska	21b	5441	1	Chopina
6a	5152	1	Jagiellońska	22a	1517	1	Pszczelnicza
6b	6101	1	Jagiellońska	22b	1168	1	Pszczelnicza
7a	6087	2	Jagiellońska	23a	4873	3	Korfantego
7b	5597	2	Jagiellońska	23b	6390	2	Korfantego
8a	1772	8	Karola Miarki	24a	4187	3	Korfantego
8b	1455	4	Karola Miarki	24b	1453	2	Korfantego
9a	2049	1	Karola Miarki	25a	6041	1	Staszica
9b	5721	1	Karola Miarki	25b	577	1	Staszica
10a	6656	1	Karola Miarki	26a	3244	2	Staszica
10b	1928	2	Karola Miarki	26b	31	1	Staszica
11a	1777	4	Karola Miarki	27a	2908	3	ZHP
11b	6731	1	Karola Miarki	27b	1850	6	Zielona
12a	787	1	Karola Miarki	28a	4703	4	27 Stycznia
12b	2752	2	Karola Miarki	28b	4296	5	27 Stycznia
13a	2901	1	Kopernika	29a	634	3	27 Stycznia
13b	5156	1	Kopernika	29b	6401	1	27 Stycznia
14a	6095	1	Kopernika	30a	5374	4	27 Stycznia
14b	6858	1	Kopernika	30b	2450	4	27 Stycznia
15a	2842	1	Kopernika	31a	277	1	Kruczkowskiego
15b	986	3	Kopernika	31b	4926	3	Kruczkowskiego
16a	1607	1	Hutnicza	32a	5128	2	Sikorskiego
16b	6574	1	Hutnicza	32b	5992	1	Sikorskiego

## Ankieter E

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	2436	4	Boczna	20a	2582	1	Świerczewskiego
1b	1427	3	Boczna	20b	1983	4	Świerczewskiego
2a	948	1	Boczna	21a	3100	4	Świerczewskiego
2b	1210	4	Boczna	21b	663	4	Świerczewskiego
3a	4728	1	Boczna	22a	6687	3	Świerczewskiego
3b	6468	1	Boczna	22b	1353	1	Świerczewskiego
4a	5292	1	Boczna	23a	161	1	Świerczewskiego
4b	2925	1	Boczna	23b	4108	1	Świerczewskiego
5a	54	2	Boczna	24a	6030	1	Świerczewskiego
5b	1154	1	Boczna	24b	624	1	Świerczewskiego
6a	1908	3	Boczna	25a	3428	4	Świerczewskiego
6b	4958	1	Boh. Westerplatte	25b	6412	4	Świerczewskiego
7a	5946	1	Brzozowa	26a	2514	8	Świerczewskiego
7b	456	3	Brzozowa	26b	2567	4	Świerczewskiego
8a	330	1	Brzozowa	27a	875	2	Poprzeczna
8b	728	5	Brzozowa	27b	2790	7	Poprzeczna
9a	844	1	Szeflera	28a	1059	3	Poprzeczna
9b	1363	3	Szeflera	28b	751	2	Poprzeczna
10a	1327	4	Szeflera	29a	215	1	Pl. Wolności
10b	4641	6	Szeflera	29b	1804	6	Pocztowa
11a	822	4	Szeflera	30a	6537	4	Boczna
11b	3252	3	Szkolna	30b	3318	3	Boczna
12a	1859	4	Świerczewskiego	31a	6384	2	Boczna
12b	3409	2	Świerczewskiego	31b	1251	6	Boczna
13a	5550	1	Świerczewskiego	32a	4579	1	Boczna
13b	4327	2	Świerczewskiego	32b	1278	1	Boczna
14a	4846	1	Świerczewskiego	33a	2722	4	Boczna
14b	4222	1	Świerczewskiego	33b	3127	2	Boczna
15a	6019	3	Świerczewskiego	34a	3466	1	Boczna
15b	2576	1	Świerczewskiego	34b	5150	3	Boczna
16a	373	2	Świerczewskiego	35a	1601	3	Boczna
16b	3492	2	Świerczewskiego	35b	5562	1	Boczna
17a	6248	6	Świerczewskiego	36a	1090	3	Brzozowa
17b	6592	1	Świerczewskiego	36b	4379	5	Brzozowa

18a	5363	1	Świerczewskiego	37a	1288	1	Śniadeckiego
18b	5427	2	Świerczewskiego	37b	2619	2	Śniadeckiego
19a	1867	4	Świerczewskiego	38a	2532	2	Śniadeckiego
19b	2728	1	Świerczewskiego	38b	377	3	Śniadeckiego

### Ankieter F

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	5916	1	Fabryczna	17b	411	4	Matejki
1b	5105	2	Fabryczna	18a	523	2	Matejki
2a	1619	3	Fabryczna	18b	6073	1	Matejki
2b	5588	1	Fabryczna	19a	6417	1	Matejki
3a	104	1	Fabryczna	19b	2945	2	Matejki
3b	3269	2	Fabryczna	20a	1380	1	Matejki
4a	660	3	Fabryczna	20b	651	1	Matejki
4b	4148	1	Fabryczna	21a	3941	4	Matejki
5a	1955	6	Fabryczna	21b	6708	1	Matejki
5b	2376	2	Fabryczna	22a	662	5	Matejki
6a	4078	3	Fabryczna	22b	621	6	Matejki
6b	4539	5	Fabryczna	23a	1468	2	Matejki
7a	1543	1	Piastowska	23b	4262	1	Matejki
7b	6348	2	Piastowska	24a	5168	2	Katowicka
8a	2385	4	Piastowska	24b	6698	2	Kilińskiego
8b	4020	1	Piastowska	25a	1887	4	Rutkowskiego
9a	2387	1	Piastowska	25b	902	1	Rzeczna
9b	4268	4	Piastowska	26a	1365	4	Chemiczna
10a	2773	3	Piastowska	26b	1045	7	Chemiczna
10b	2652	3	Piastowska	27a	6004	2	Fabryczna
11a	1681	3	Piastowska	27b	2705	2	Fabryczna
11b	6324	2	Piastowska	28a	5328	1	Fabryczna
12a	387	4	Piastowska	28b	1237	4	Fabryczna
12b	6800	1	Piastowska	29a	6627	1	Fabryczna
13a	6249	4	Matejki	29b	2763	6	Fabryczna
13b	1630	3	Matejki	30a	539	1	Fabryczna
14a	3977	1	Matejki	30b	758	5	Fabryczna
14b	710	4	Matejki	31a	6375	1	Fabryczna

15a	2112	2	Matejki	31b	4244	3	Fabryczna
15b	2914	1	Matejki	32a	1428	3	Fabryczna
16a	4706	2	Matejki	32b	4471	1	Fabryczna
16b	1371	5	Matejki	33a	6231	1	Fabryczna
17a	1331	1	Matejki	33b	6668	1	Fojkisa

Ankieter G

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	6060	4	Deji	18b	2379	8	Grabowa
1b	2684	2	Deji	19a	4922	4	Grabowa
2a	6215	1	Deji	19b	315	1	Grabowa
2b	1076	3	Deji	20a	2786	2	Jaworowa
3a	1560	1	Kołątaja	20b	2304	11	Jedności
3b	2940	2	Kołątaja	21a	3291	1	Kasztanowa
4a	1655	5	Kołątaja	21b	6170	1	Kasztanowa
4b	3522	1	Kołątaja	22a	3013	3	Kasztanowa
5a	1475	2	Kołątaja	22b	1548	1	Kasztanowa
5b	2682	2	Kołątaja	23a	2406	1	Klonowa
6a	4775	1	Kołątaja	23b	5966	1	Klonowa
6b	2193	1	Kołątaja	24a	5214	2	Leśna
7a	505	4	Kołątaja	24b	5107	6	Leśna
7b	5231	2	Kołątaja	25a	3681	1	Leśna
8a	6371	4	Kołątaja	25b	2507	1	Leśna
8b	1042	8	Kołątaja	26a	4124	4	Okrężna
9a	2231	6	Kołątaja	26b	2037	1	Okrężna
9b	21	1	Kołątaja	27a	6154	1	Wierzbowa
10a	6705	2	Kołątaja	27b	5742	3	Wierzbowa
10b	648	7	Kołątaja	28a	3015	5	Zielona
11a	5169	1	Kołątaja	28b	3762	4	Zielona
11b	5199	1	Kołątaja	29a	2482	1	Zielona
12a	825	2	Kołątaja	29b	2484	2	Zielona
12b	2856	6	Kołątaja	30a	1800	3	Akacyjowa
13a	6755	1	Kołątaja	30b	1476	4	Akacyjowa
13b	2419	2	Kołątaja	31a	5181	2	Akacyjowa
14a	1557	2	Kołątaja	31b	111	1	Akacyjowa

14b	67	4	Kołątąja	32a	2380	4	Akacyjowa
15a	1795	3	Kołątąja	32b	2772	1	Al. Młodych
15b	818	1	Kołątąja	33a	998	3	Deji
16a	1584	5	Kołątąja	33b	5755	1	Deji
16b	4792	1	Kołątąja	34a	1302	6	Deji
17a	2658	3	Żwirki i Wigury	34b	1364	2	Deji
17b	1898	1	Żwirki i Wigury	35a	2917	1	Żeromskiego
18a	3432	4	Grabowa	35b	5939	1	Żeromskiego

### Ankieter H

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	1212	4	Kościuszki	19b	996	1	Wieczorka
1b	1701	1	Kościuszki	20a	5691	2	Górnicza
2a	4021	4	Kościuszki	20b	5122	1	Grabowa
2b	5452	4	Kościuszki	21a	733	3	Gansińca
3a	5725	3	Kościuszki	21b	5136	1	Gansińca
3b	1939	1	Kościuszki	22a	4039	1	Puławskiego
4a	4810	1	Kościuszki	22b	5499	1	Puławskiego
4b	2781	5	Kościuszki	23a	5411	4	Pl. Boh. Września
5a	5762	4	Kościuszki	23b	2090	5	Pl. Skargi
5b	1062	1	Kościuszki	24a	5261	4	Stawowa
6a	2091	1	Kościuszki	24b	49	1	Stawowa
6b	2526	4	Krakowska	25a	6764	1	Stawowa
7a	1593	1	Damrota	25b	2321	1	Stęślickiego
7b	1631	5	Damrota	26a	2400	1	Kochanowskiego
8a	1225	4	Damrota	26b	3983	1	Kolejowa
8b	2	7	Damrota	27a	1166	1	Damrota
9a	2977	5	Damrota	27b	6017	2	Damrota
9b	1187	3	Damrota	28a	5657	4	Damrota
10a	6012	3	Damrota	28b	5116	2	Damrota
10b	1323	2	Damrota	29a	752	1	Damrota
11a	2110	8	Dąbrowskiego	29b	6781	4	Damrota
11b	5392	4	Dąbrowskiego	30a	3446	4	Damrota
12a	3312	1	Dąbrowskiego	30b	1624	1	Damrota
12b	6094	3	Dąbrowskiego	31a	1204	4	Dąbrowskiego

13a	1035	3	Dąbrowskiego	31b	3860	1	Dąbrowskiego
13b	2086	4	Dąbrowskiego	32a	6155	1	Dąbrowskiego
14a	6276	2	Dąbrowskiego	32b	2084	4	Dąbrowskiego
14b	5080	3	Dąbrowskiego	33a	1407	3	Dąbrowskiego
15a	907	1	Wieczorka	33b	1981	1	Dąbrowskiego
15b	1073	4	Wieczorka	34a	1334	1	Dąbrowskiego
16a	3384	3	Wieczorka	34b	4860	1	Dąbrowskiej
16b	6078	5	Wieczorka	35a	6805	1	Grunwaldzka
17a	4	3	Wieczorka	35b	2269	4	Grunwaldzka
17b	5133	1	Wieczorka	36a	5681	1	Zgrzebnika
18a	2018	3	Wieczorka	36b	6364	2	Zgrzebnika
18b	997	2	Wieczorka	37a	589	5	Zgrzebnika
19a	3644	4	Wieczorka	37b	5595	2	Zgrzebnika

Ankieter I

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	5254	2	Wróblewskiego	19b	5977	4	Bytomska
1b	4673	2	Wróblewskiego	20a	2403	3	Bytomska
2a	92	1	Wróblewskiego	20b	6168	1	Bytomska
2b	2795	2	Wróblewskiego	21a	1889	2	Bytomska
3a	5531	5	Niepodległości	21b	2995	3	Bytomska
3b	5660	1	Niepodległości	22a	6602	1	Bytomska
4a	6335	3	Niepodległości	22b	3348	2	Bytomska
4b	6336	4	Niepodległości	23a	2397	4	Bytomska
5a	6328	2	Niepodległości	23b	174	1	Bytomska
5b	2076	1	Niepodległości	24a	1930	1	Brandysa
6a	6507	2	Niepodległości	24b	2279	6	Brandysa
6b	3253	3	Obr. Warszawy	25a	1442	1	Budryka
7a	1068	4	Al. Młodych	25b	1409	1	Budryka
7b	6350	1	Al. Młodych	26a	4563	3	Budryka
8a	2424	4	Al. Młodych	26b	2392	1	Budryka
8b	3302	1	Al. Młodych	27a	615	1	Maciejkowicka
9a	1732	6	Al. Młodych	27b	5349	1	Matejki
9b	5931	4	Al. Młodych	28a	278	1	Reymonta
10a	276	1	Al. Młodych	28b	5785	3	Rutkowskiego

10b	4878	1	Al. Młodych	29a	3232	5	Wiejska
11a	2043	1	Zubrzyckiego	29b	3471	6	Wiejska
11b	2743	1	Zwycięstwa	30a	6460	4	Boh. Westerplatte
12a	1307	3	Skłodowskiej	30b	4642	1	Boh. Westerplatte
12b	735	4	Skłodowskiej	31a	6443	1	Brandysa
13a	6167	1	Wyzwolenia	31b	3213	2	Brandysa
13b	4460	3	Wyzwolenia	32a	6603	1	Budryka
14a	2566	2	Wyzwolenia	32b	6365	1	Budryka
14b	5449	2	Wyzwolenia	33a	2796	2	Bukowa
15a	5850	2	Wyzwolenia	33b	5682	5	Bytkowska
15b	3462	1	Wyzwolenia	34a	2048	2	Al. Młodych
16a	2367	1	Kościelna	34b	355	3	Al. Młodych
16b	2044	1	Kościelna	35a	3025	1	Al. Młodych
17a	2148	1	Paryska	35b	2332	6	Al. Młodych
17b	4240	1	Paryska	36a	6005	1	Al. Młodych
18a	1809	4	Bytomska	36b	2565	5	Al. Młodych
18b	4768	1	Bytomska	37a	2492	1	Al. Młodych
19a	2281	3	Bytomska	37b	348	1	Al. Młodych

### Ankieter J

Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres	Lp.	Nr MOPS	Liczba osób	Adres
1a	6399	1	Powstańców	19b	2784	2	Komuny Paryskiej
1b	785	7	Powstańców	20a	1602	6	Komuny Paryskiej
2a	306	1	Powstańców	20b	1597	1	Komuny Paryskiej
2b	5284	1	Powstańców	21a	1144	1	Komuny Paryskiej
3a	722	1	Powstańców	21b	5250	1	Komuny Paryskiej
3b	4746	1	Powstańców	22a	2442	4	Komuny Paryskiej
4a	1914	5	Powstańców	22b	338	1	Komuny Paryskiej
4b	935	2	Powstańców	23a	6227	1	Śmiłowskiego
5a	2799	6	Powstańców	23b	6570	1	Sobieskiego
5b	5003	2	Powstańców	24a	197	3	Śmiłowskiego
6a	1462	1	Powstańców	24b	921	2	Śmiłowskiego
6b	703	3	Powstańców	25a	888	4	Śmiłowskiego
7a	2859	4	Powstańców	25b	5335	3	Śmiłowskiego
7b	2373	4	Powstańców	26a	1001	4	Śmiłowskiego



8a	4743	4	Powstańców	26b	799	4	Śmiłowskiego
8b	5875	1	Powstańców	27a	1316	4	Śmiłowskiego
9a	5371	6	Powstańców	27b	738	1	Śmiłowskiego
9b	1702	3	Powstańców	28a	1194	3	Śmiłowskiego
10a	583	1	Powstańców	28b	4085	11	Śmiłowskiego
10b	5301	4	Powstańców	29a	1314	3	Śmiłowskiego
11a	641	5	Powstańców	29b	3408	1	Śmiłowskiego
11b	5888	5	Powstańców	30a	6597	1	Śmiłowskiego
12a	60	1	Powstańców	30b	5502	1	Śmiłowskiego
12b	6177	1	Powstańców	31a	2309	5	Śmiłowskiego
13a	3944	1	Powstańców	31b	804	1	Śmiłowskiego
13b	1704	5	Powstańców	32a	2581	4	Śmiłowskiego
14a	1534	2	Dworska	32b	2496	4	Śmiłowskiego
14b	1537	1	Dworska	33a	535	2	Śmiłowskiego
15a	6560	1	Komuny Paryskiej	33b	947	2	Śmiłowskiego
15b	5144	3	Komuny Paryskiej	34a	4325	3	Śmiłowskiego
16a	6396	1	Komuny Paryskiej	34b	595	5	Śmiłowskiego
16b	5758	1	Komuny Paryskiej	35a	1015	1	Śmiłowskiego
17a	977	5	Komuny Paryskiej	35b	3506	4	Śmiłowskiego
17b	5536	2	Komuny Paryskiej	36a	521	1	Śmiłowskiego
18a	2919	3	Komuny Paryskiej	36b	5897	5	Śmiłowskiego
18b	1711	4	Komuny Paryskiej	37a	1263	5	Śniadeckiego
19a	5537	2	Komuny Paryskiej	37b	2960	6	Śmiłowskiego

# Wykaz cytowanej literatury

## Opracowania zwarte

- BABBIE E.: *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- BARAŃSKI M., KUŚ M., MITRĘGA M., ZRAŁEK M.: *Strategia przeciwdziałania bezrobociu w Siemianowicach Śląskich. Diagnoza i kierunki działań*. Katowice–Siemianowice Śląskie, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich, 2005.
- BRODA-WYSOCKI P.: *Wykluczenie i inkluzja społeczna. Paradygmaty i próby definicji*. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012.
- BYRNE D., WÓDZ K.: *Polaryzacja przestrzenna i degradacja kulturowa – stare regiony przemysłowe w epoce postindustrialnej*. W: *Jaki region? Jaka Polska? Jaka Europa? Studia i szkice socjologiczne*. Red. M.S. SZCZEPAŃSKI. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, 2001.
- CHODUBSKI A.J.: *Wstęp do badań politologicznych*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2004.
- CZEKAJ K., NIESPOREK A., ZAWARTKA M.: *Atlas problemów społecznych miasta Siemianowice Śląskie: 1999/2000, T. 1–2. Problemy alkoholowe; bezrobocie; pomoc społeczna; przestępczość kryminalna. Raport badawczy*. Siemianowice Śląskie 2001.
- DAHLGREN G., WHITEHEAD M.: *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2 (a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health)*. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2006.
- DERUS M.: *Z dziejów przemysłu Siemianowic Śląskich*. Siemianowice Śląskie, Urząd Miasta Siemianowice Śląskie, 2012.
- DOMAŃSKI H.: *Struktura społeczna*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004.
- DOMAŃSKI H.: *Ubóstwo w społeczeństwach postkomunistycznych*. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, 2002.
- FRANKFORT-NACHMIAS CH., NACHMIAS D.: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2001.
- FRĄCKIEWICZ L.: *Sfery niedostatku*. Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1983.
- FRIESKE K.W., POŁAWSKI P.: *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*. Katowice, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, 1999.

- FRIESKE K.W.: *Migotanie rzeczywistości. Wieloznaczność „sukcesu” programów społecznej inkluzji*. W: *Utopie inkluzji. Sukcesy i porażki programów reintegracji społecznej*. Red. K.W. FRIESKE. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2004.
- GIDDENS A.: *Socjologia*. Przeł. A. SZULŻYCKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- GLIŃSKI P.: *Podział kulturowy: fragmentaryzacja czy rozpad? W: Kulturowe aspekty struktury społecznej. Fundamenty. Konstrukcje. Fasady*. Red. P. GLIŃSKI, I. SADOWSKI, A. ZAWISTOWSKA. Warszawa, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 2010.
- GOLINOWSKA S., BRODA-WYSOCKI P.: *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć*. W: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania, metody, wyniki*. Red. S. GOLINOWSKA, E. TARKOWSKA, I. TOPIŃSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2005.
- GROTOWSKA-LEDER J.: *Ekskluzja społeczna – aspekty teoretyczne i metodologiczne*. W: *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki przemian*. Red. J. GROTOWSKA-LEDER, K. FALISZEK. Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, 2005.
- GRUSZCZYŃSKI L.A.: *Kwestionariusze w socjologii. Budowa narzędzi do badań surveyowych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2001.
- GRZYWNA P.: *Dostępność do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w opinii wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich*. W: *Na drodze do wyjaśnienia problemów politycznych. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Markowi Barańskiemu*. Red. A. CZYŻ, S. KUBAS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2018.
- GRZYWNA P.: *Poprzemysłowy obraz Siemianowic Śląskich – bezpieczeństwo zdrowotne osób wykluczonych ekonomicznie*. W: *Między ideą, pasją a działaniem. Księga jubileuszowa dedykowana dr. hab. Marianowi Mitrędze*. Red. P. GRZYWNA, J. LUSTIG, N. STĘPIEŃ-LAMPA, B. ZASĘPA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017.
- GRZYWNA P., STĘPIEŃ-LAMPA N.: *Gettoizacja przestrzeni miejskiej na przykładzie poprzemysłowych miast Górnego Śląska. Wybrane aspekty*. W: *Oblicza demokracji lokalnej. Wyzwania dla rozwoju miast*. Red. M. OBRĘBSKA. Sosnowiec, Remar, 2018.
- Huta „Jedność”. *Fakty i ludzie*. Siemianowice Śląskie, Huta „Jedność” S.A. w Siemianowicach Śląskich, 1996.
- JAŁOWIECKI B.: *Społeczne wytwarzanie przestrzeni*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2010.
- JANECZEK Z.: *Od Sancovic do Siemianowic. Szkice z dziejów miasta i okolic*. Katowice, b.w., 1993.
- KRZYSZTOFEK K., SZCZEPAŃSKI M.S.: *Zrozumieć rozwój – od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2005.
- KRZYSZTOFEK K., SZCZEPAŃSKI M.S.: *Zrozumieć rozwój. Od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, 2002.
- LASKOWSKA I.: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- LUHMANN N.: *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*. Przeł. G. SKĄPSKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994.
- LUTYŃSKI J.: *Pytanie kwestionariuszowe i jego różne koncepcje*. W: *Wywiad kwestionariuszowy. Analizy teoretyczne i empiryczne*. Red. K. LUTYŃSKA, A.P. WELLAND. Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1983.
- ŁUSZCZYŃSKI A.: *Podstawy metodologiczne badań politologicznych*. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2005.
- MAHLER F.: *Maldevelopment and marginality*. In: *Insights into maldevelopment. Reconsidering the Idea of Progress*. Ed. J. DANECKI. Warsaw, University of Warsaw, 1993.
- MAJER A.: *Socjologia i przestrzeń miejska*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010.

- MARSHALL T.H.: *Class, Citizenship and Social Development*. W: *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*. Red. K.W. FRIESKE, P. POŁAWSKI. Warszawa, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1997.
- MROZOWIECKI A.: *Robotnicy po transformacji: w poszukiwaniu podmiotowości*. W: *Podziały klasowe i nierówności społeczne. Refleksje socjologiczne po dwóch dekadach realnego kapitalizmu w Polsce*. Red. P. ŻUK. Warszawa, Oficyna Naukowa, 2010.
- NIEDŹWIEDZKI D.: *Władza – tożsamość – zmiana społeczna*. Kraków, Wydawnictwo Universitas, 2003.
- OGRYZKO-WIEWIÓROWSKI H.: *Wprowadzenie do metod badawczych socjologii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 1986.
- PAYNE A., PHILLIPS N.: *Rozwój*. Przeł. M. DERA. Warszawa, Wydawnictwo Sic!, 2011.
- PISZ Z.: *Problemy społeczne transformacji w Polsce*. Opole, Wydawnictwo Instytut Śląski, 2001.
- POTOCZNA M.: *Strategie życiowe biednych mieszkańców enklaw (Klimaty łódzkie)*. W: *Życ i pracować w enklawach biedy*. Red. W. WARZYWODA-KRUSZYŃSKA. Łódź, Przedsiębiorstwo Specjalistyczne „Absolwent”, 2001.
- SAGAN I.: *Miasto – scena konfliktów i współpracy. Rozwój miast w świetle koncepcji reżimu miejskiego*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2000.
- SAŁUSTOWICZ P.: *Miasto jako przedmiot badań polityki społecznej*. W: *Miasto jako przedmiot badań naukowych w początkach XXI wieku*. Red. B. JAŁOWIECKI. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2008.
- SKIBA L., WOJTAŚ J.: *Lokalny rynek pracy w miastach monokultury przemysłowej w procesie zmian ustrojowych*. W: *Miasta przemysłowe we współczesnych badaniach socjologicznych*. Red. W. ŚWIĄTKIEWICZ, K. WÓDZ. Katowice, Wydawnictwo Śląsk, 1997.
- SOŁOMA L.: *Metody i techniki badań socjologicznych. Wybrane zagadnienia*. Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, 2002.
- STĘPIEŃ N.: *Bezpieczeństwo socjalne w obszarze wielkomiejskiej biedy*. W: *Społeczne aspekty bezpieczeństwa*. T. 2. Red. K. ROKICIŃSKI, S. MIKOŁAJCZAK, O. OSZOWSKA. Poznań, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2016.
- STĘPIEŃ-LAMPA N.: *Problemy społeczne poindustrialnych miast Górnego Śląska na przykładzie Siemianowic Śląskich*. W: *Europa XX–XXI wieku. Społeczno-polityczne konsekwencje kryzysów*. Red. M. GRUSZCZYK, L. KRZYŻANOWSKI, M. SKRZYPEK. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017.
- STĘPIEŃ-LAMPA N.: *Restrukturyzacja przemysłu ciężkiego na Górnym Śląsku i jej społeczne skutki. Przykład Siemianowic Śląskich*. W: *Między ideą, pasją a działaniem: księga jubileuszowa dedykowana dr. hab. Marianowi Mitrędze*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017.
- STĘPIEŃ-LAMPA N.: *Szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z obszarów wielkomiejskiej biedy w Siemianowicach Śląskich. Raport z badań*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016.
- SULEK A.: *Ogród metodologii socjologicznej*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2002.
- SZARFENBERG R., KUROWSKA A.: *Ubóstwo a wielowymiarowa deprywacja, nierówność i wykluczenie społeczne*. W: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne – perspektywa poznawcza*. Red. R. SZARFENBERG, C. ŻOŁĘDOWSKI, M. THEISS. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2010.
- SZCZEPAŃSKI M.S., ŚLĘZAK-TAZBIR W.: *Między lękiem a podziwem: getta społeczne w starym regionie przemysłowym*. W: *Gettoizacja polskiej przestrzeni miejskiej*. Red. B. JAŁOWIECKI, W. ŁUKOWSKI. Warszawa, Wydawnictwo SWPS Academica, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2007.

- SZTABIŃSKI F.: *Metryczka respondenta*. W: *Podręcznik ankietera*. Red. Z. SAWIŃSKI, P.B. SZTABIŃSKI, F. SZTABIŃSKI. Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN, 2000.
- SZTUMSKI J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1984.
- WILKINSON R.G.: *The impact of inequality. How to make sick societies healthier*. London, Routledge, 2005.
- WŁODARCZYK C.W.: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007.
- WÓDZ J., WÓDZ K.: *W poszukiwaniu nowej tożsamości. Miasta Śląska i Zagłębia w okresie przemian końca XX wieku*. W: *Tożsamość społeczno-kulturowa miasta postindustrialnego w Europie Środkowej*. Red. B. KŁOCH, A. STAWARZ. Rybnik–Warszawa, Muzeum w Rybniku, Polskie Towarzystwo Etnologii Miasta, Stowarzyszenie Inżynierów i Techników Górnictwa, 2005.
- WUJEK T.: *Wykorzystanie dokumentów w pedagogicznych badaniach środowiskowych*. W: *Metodologia pedagogiki społecznej*. Red. R. WROCZYŃSKI, T. PILCH. Wrocław, Ossolineum, 1974.
- ZRALEK M.: *Środowisko mieszkalne współczesnego miasta*. W: *Demograficzne i społeczne aspekty rozwoju miast*. Red. J. ŚLÓDCZYK. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2002.

## Opracowania czasopiśmiennicze

- BIELA U.: *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*. „Kardiologia Polska” 2005, nr 63 (Suppl. IV).
- DRYGAS W., KWAŚNIEWSKA M., KALETA D., PIKAŁA M., BIELECKI W., GŁUSZEK J., ZDROJEWSKI T., PAJĄK A., KOZAKIEWICZ K., BRODA G.: *Epidemiology of physical inactivity in Poland: Prevalence and determinants in a former communist country in socioeconomic transition*. „Public Health” 2009, Vol. 123, Issue 9.
- GORE CH., FIGUEIREDO J.B.: *Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu*. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje” 2003, nr 5.
- LEPIANKA D.: *Czym jest wykluczenie społeczne?*. „Kultura i Społeczeństwo” 2002, T. 46, nr 4.
- MITRĘGA M.: *Charakterystyka Rybnickiego Okręgu Węglowego*. „Zeszyty Komitetu Badań Rejonów Uprzemysławianych” 1983, nr 76.
- MORAWSKI W.: *Strategia narzuconej industrializacji a społeczeństwo*. „Studia Socjologiczne” 1980, nr 4.
- OSTROWSKA A.: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.
- POLAKOWSKA M.: *Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ*. „Kardiologia Polska” 2005, nr 63 (Suppl. IV).
- WŁODARCZYK C.W.: *Zdrowie a wykluczenie społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej*. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje” 1999, nr 1.
- ZGLICZYŃSKI W.S.: *Palenie tytoniu w Polsce*. „Infos. BAS Biur Analiz Sejmowych” 2017, nr 14 (237).

## Netografia

- BMI classification WHO*, <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm> (dostęp: 5.05.2018).
- Browar Laurahütte – Siemianowice*, <https://sites.google.com/site/mojezbieranie/nawosci-na-stronie/browarlaurahuette-siemianowice> (dostęp: 15.09.2018).
- Huta Jedność sprzedana za 2,7 mln zł!*, „Dziennik Zachodni”, 3.06.2015, <http://www.dziennikzachodni.pl/artykul/3886281,siemianowice-slaskie-huta-jednosc-sprzedana-za-27-mln-zl,id,t.html> (dostęp: 15.09.2018).
- KEMPA W.: *Będzie piwo?*, „Puls miasta”, 05.01.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=71> (dostęp: 15.09.2018).
- KEMPA W.: *Końcowe akordy*, „Puls miasta”, 17.12.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=1122/> (dostęp: 15.09.2018).
- KEMPA W.: *Zwolnienia*, „Puls miasta”, 13.11.2003, <http://www.puls.siemianowice.pl/isi/index.php?op=show&cat=2&nid=993/> (dostęp: 15.09.2018).

## Materiały źródłowe

- LALONDE M.: *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*. Ministry of Supply and Services Canada, b.m.w. 1981, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php> (dostęp: 20.05.2018).
- Ochrona zdrowia – powiaty 2017. Miasto na prawach powiatu – Siemianowice Śląskie*. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2016.
- Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2011 – powiat m. Siemianowice Śląskie*. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2013.
- Ochrona zdrowia w województwie śląskim 2014 – powiat m. Siemianowice Śląskie*. Katowice, Śląski Urząd Wojewódzki, 2015.
- Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2011*. Siemianowice Śląskie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2012.
- Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2014*. Siemianowice Śląskie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2015.
- Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za 2016 rok przyjęte przez Radę Miasta Siemianowic Śląskich uchwałą nr 358/2017 w dniu 30 marca 2017 r.*
- Statystyczne Vademecum Samorządowca 2015. Miasto Siemianowice Śląskie*. Katowice, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2015.
- Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017. Miasto Siemianowice Śląskie*. Katowice, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_WHR\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf) (dostęp: 13.05.2018).

## Wykaz aktów prawnych

Uchwała Nr 3/XXXVI/2001 Rady Miasta Siemianowic Śląskich z dnia 4 października 2001 roku w sprawie uchwalenia „*Atlasu problemów społecznych*”.



## Wykaz tabel, wykresów i rysunków

Tabela 1. Obszary i wskaźniki wykluczenia społecznego

Tabela 2. Związki zachodzące między wykluczeniem a *maldevelopment*

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie o płeć respondenta

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent jest głową gospodarstwa domowego

Tabela 5. Wskaźnik BMI zgodny ze wskazaniami WHO

Wykres 1. Liczba ludności Siemianowic Śląskich ogółem wg faktycznego miejsca zamieszkania – stan na dzień 31 XII 2017

Wykres 2. Ludność Siemianowic Śląskich w 2014 roku oraz prognoza ludności na lata 2020–2050 wg płci

Wykres 3. Liczba ludności województwa śląskiego ogółem wg faktycznego miejsca zamieszkania – stan na dzień 31 XII 2017 roku

Wykres 4. Gęstość zaludnienia w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017 (ludność na 1 km<sup>2</sup>)

Wykres 5. Gęstość zaludnienia w województwie śląskim w latach 1999–2017 (ludność na 1 km<sup>2</sup>)

Wykres 6. Przyrost naturalny na 1 000 osób w Polsce, w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017

Wykres 7. Saldo migracji na 1 000 osób w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017

Wykres 8. Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w województwie śląskim w latach 1999–2017

Wykres 9. Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017

Wykres 10. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym w % ludności ogółem w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2002–2017

Wykres 11. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym w Polsce w 2016 roku

Wykres 12. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym w Siemianowicach Śląskich w 2016 roku

Wykres 13. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa śląskiego oraz Siemianowic Śląskich w latach 1999–2017



- Wykres 14. Ludność w wieku przedprodukcyjnym oraz w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w latach 1999–2017
- Wykres 15. Ludność w wieku przedprodukcyjnym oraz w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017
- Wykres 16. Stopa bezrobocia rejestrowanego wyrażona w procentach w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2017
- Wykres 17. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2002–2017
- Wykres 18. Zasięg korzystania z pomocy społecznej wg kryterium dochodowego w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2008–2016
- Wykres 19. Przyczyny korzystania z pomocy MOPS w Siemianowicach Śląskich w 2011 r.
- Wykres 20. Przyczyny korzystania z pomocy MOPS w Siemianowicach Śląskich w 2014 r.
- Wykres 21. Przyczyny korzystania z pomocy MOPS w Siemianowicach Śląskich w 2016 r.
- Wykres 22. Współczynnik umieralności wyrażony na 1 000 osób w Polsce, w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2002–2017
- Wykres 23. Zgony według przyczyn na 100 000 osób w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2009–2015
- Wykres 24. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w województwie śląskim w latach 2012–2016
- Wykres 25. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w Siemianowicach Śląskich w latach 2012–2016 (Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem)
- Wykres 26. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w województwie śląskim w latach 2012–2016 (Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem)
- Wykres 27. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w Siemianowicach Śląskich w latach 2012–2016
- Wykres 28. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o płeć respondenta
- Wykres 29. Faktyczny stan cywilny respondentów
- Wykres 30. Rozkład odpowiedzi na pytanie o typ gospodarstwa domowego
- Wykres 31. Grupa wiekowa a poziom wykształcenia respondentów
- Wykres 32. Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego respondentów
- Wykres 33. Pierwszy przyznany gospodarstwu domowemu zasiłek okresowy
- Wykres 34. Rozkład odpowiedzi na pytanie o znajdujące się w mieszkaniu respondentów instalacje sanitarno-techniczne
- Wykres 35. Rozkład odpowiedzi na pytanie o znajdujące się w mieszkaniu respondentów wyposażenie
- Wykres 36. Rozkład odpowiedzi na pytanie o posiadanie telefonu komórkowego przez respondentów
- Wykres 37. Rozkład odpowiedzi na pytanie o metraż mieszkania
- Wykres 38. Rozkład odpowiedzi na pytanie o liczbę pokoi w mieszkaniu
- Wykres 39. Czas zamieszkiwania respondentów w obecnym miejscu (w latach)
- Wykres 40. Opinia respondentów na temat miejsca zamieszkania
- Wykres 41. Rozkład odpowiedzi na pytanie o bycie ofiarą przemocy albo wandalizmu w najbliższej okolicy zamieszkania
- Wykres 42. Zachowania o cechach patologicznych w miejscu zamieszkania respondentów cz. 1

- Wykres 43. Zachowania o cechach patologicznych w miejscu zamieszkania respondentów cz. 2
- Wykres 44. Opinie respondentów wyrażone w kwestii dostępu do usług oraz infrastruktury miejskiej
- Wykres 45. Korzystanie przez respondentów z dostępnej w ich okolicy infrastruktury cz. 1
- Wykres 46. Korzystanie przez respondentów z dostępnej w ich okolicy infrastruktury cz. 2
- Wykres 47. Samoocena ogólnego stanu zdrowia respondentów
- Wykres 48. Grupa wiekowa respondentów a ich stan zdrowia
- Wykres 49. Częstość występowania astmy, alergii, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zawału serca, udaru mózgu i rozedmy płuc wśród ankietowanych
- Wykres 50. Częstość występowania osteoporozy, nowotworów, migreny, depresji, chorób psychicznych, bólów narządu ruchu wśród ankietowanych
- Wykres 51. Wpływ dolegliwości na możliwości wykonywania obowiązków
- Wykres 52. Odczuwanie stresu w życiu codziennym
- Wykres 53. Źródła stresu w opinii respondentów
- Wykres 54. Najważniejsze źródła stresu w opinii respondentów
- Wykres 55. Sposoby wykorzystywane przez respondentów w radzeniu sobie ze stresem
- Wykres 56. Najważniejsze sposoby wykorzystywane przez respondentów w radzeniu sobie ze stresem
- Wykres 57. Występowanie pozytywnych emocji i odczuć (spokój wewnętrzny, energia do życia, pełnia życia) u respondentów w ciągu 7 dni przed przeprowadzeniem badania
- Wykres 58. Występowanie pozytywnych emocji i odczuć (szczęście, nadzieja na przyszłość, zadowolenie z życia) u respondentów w ciągu 7 dni przed przeprowadzeniem badania
- Wykres 59. Występowanie negatywnych emocji i odczuć (nerwowość, wyczerpanie, brak nadziei) u respondentów w ciągu 7 dni przed przeprowadzeniem badania
- Wykres 60. Występowanie negatywnych emocji i odczuć (smutek, beznadziejność sytuacji, zmartwienie) u respondentów w ciągu 7 dni przed przeprowadzeniem badania
- Wykres 61. Częstość konsumpcji w gospodarstwach domowych ankietowanych
- Wykres 62. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 1
- Wykres 63. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 2
- Wykres 64. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 3
- Wykres 65. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 4
- Wykres 66. Produkty spożywane przez respondentów w okresie tygodnia poprzedzającego badanie cz. 5
- Wykres 67. Wskaźnik BMI obliczony dla respondentów
- Wykres 68. Ocena respondentów istotności zmiany wagi
- Wykres 69. Grupa wiekowa a wskaźnik BMI respondentów
- Wykres 70. Odsetek respondentów palących obecnie papierosy
- Wykres 71. Liczba sztuk papierosów wypalanych przez respondentów w ciągu tygodnia
- Wykres 72. Odsetek respondentów palących w przeszłości papierosy
- Wykres 73. Ocena tego, jak ważne dla respondentów było zaprzestanie palenia papierosów
- Wykres 74. Sposoby spędzania wolnego czasu wskazane przez respondentów
- Wykres 75. Najważniejsze sposoby spędzania wolnego czasu wskazane przez respondentów

- Wykres 76. Korzystanie przez respondentów z działań profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku
- Wykres 77. Korzystanie przez respondentów z konkretnych rodzajów działań profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku
- Wykres 78. Kontakt respondentów z lekarzem w ciągu ostatniego roku
- Wykres 79. Zaufanie do lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, dentysty a stosowanie się do zaleceń wskazanych lekarzy
- Wykres 80. Powody niezastosowania się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty
- Wykres 81. Najważniejsze powody niezastosowania się do zaleceń lekarza pierwszego kontaktu/lekarza specjalisty/dentysty
- Wykres 82. Brak środków finansowych u respondentów a częściowa bądź całkowita rezygnacja z wybranych usług medycznych
- Wykres 83. Działania podejmowane przez respondentów w sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków
- Wykres 84. Najważniejsze działania podejmowane przez respondentów w sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków
- Wykres 85. Trudności w opinii respondentów związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku
- Wykres 86. Najważniejsze trudności w opinii respondentów związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku
- Wykres 87. Trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w ciągu ostatniego roku
- Wykres 88. Najważniejsze trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w ciągu ostatniego roku
- Wykres 89. Trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza specjalisty w ciągu ostatniego roku
- Wykres 90. Najważniejsze trudności w opinii respondentów z uzyskaniem dostępu do lekarza specjalisty w ciągu ostatniego roku
- Wykres 91. Opinia respondentów na temat równości dostępu wszystkich ubezpieczonych do systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce
- Wykres 92. Doświadczenie wsparcia ze strony organizacji pozarządowych (społecznych)
- Wykres 93. Wskazanie organizacji pozarządowej (społecznej), która udzieliła wsparcia gospodarstwu domowemu
- Wykres 94. Rodzaje pomocy udzielonej gospodarstwom domowym respondentów przez organizacje pozarządowe (społeczne)
- Wykres 95. Bezrobocie wśród respondentów
- Wykres 96. Ocena szans na znalezienie pracy przez Powiatowy Urząd Pracy
- Rysunek 1. Wymiary wykluczenia społecznego
- Rysunek 2. Model determinantów zdrowia oraz nierówności w stanie zdrowia
- Rysunek 3. Relacje zachodzące między wykluczeniem ekonomicznym a stanem zdrowia
- Rysunek 4. Model pól zdrowia według Marc'a Lalonde'a

Paweł Grzywna

## Health inequalities among the economically excluded inhabitants of Siemianowice Śląskie

### Summary

An integral element of social development is the aspiration of individual countries to reduce differences in health condition among individuals representing different social standings. Good health in the community is considered to be one of the basic conditions of a balanced development, it is also an indicator of inner integrity and social balance. Moreover, the state of human health is seen from the perspective of fundamental rights and value especially protected by individual members of the society, as it influences, among others, the process of fulfilling social roles.

Health condition of the people of Poland, which is still worse than the average in other countries of the European Union, determines actions undertaken to improve the state of health of Polish society in such a way as to narrow the existing gap between Poland and the average level of health condition in the European Union. A significant challenge for public authorities is also the reduction of social and territorial differences in the state of health of the whole population. Implementing the actions connected with the improvement of health condition of the society and levelling existing inequalities requires, however, access to the results of empirical research. For this reason, it is well-grounded and valuable to conduct empirical and theoretical studies on health policies which also take into consideration economic inequalities.

The present work, therefore, undertakes the problem of theoretical aspects of economic exclusion and health inequalities, but the main purpose is to present the results of empirical studies that can offer a better identification of social and economic conditionings of health inequalities on the example of post-industrial space.

Thereby, the work is a contribution to an in-depth analysis of health inequalities occurring among individuals affected by economic exclusion and inhabiting a post-industrial space, which undoubtedly the city of Siemianowice Śląskie exemplifies. Social problems that this city faces may in fact be regarded as a conglomerate of problems of post-industrial areas – at the turn of the 20<sup>th</sup> and 21<sup>st</sup> centuries a coal mine and ironworks in which most inhabitants of the city had been employed were closed down. In consequence, the rate of unemployment reached 30 per cent, and further social problems appeared, especially poverty as well as social and economic exclusion.

The monograph consists of four chapters, in which the following issues have been characterised: in Chapter One – reflections on the meaning of the notion of space in social sciences, with emphasis on post-industrial space and its relations with social and economic exclusion; in Chapter Two – social and demographic problems that occur in Siemianowice Śląskie; in Chapter Three – theoretical discussion of the organization and implementation of the research process; in Chapter Four – the results of the empirical research covering the determinants of health state and social and economic inequalities in health among excluded inhabitants of Siemianowice Śląskie. Also, the problem of using health-care system has been discussed here. The publication is addressed at readers interested in the problem of health policy and economic exclusion, governing bodies, especially including the representatives of local authorities, as well as non-governmental institutions.



Павел Гживна

## Неравенство в здоровье экономически эксклюзированных жителей Семяновице-Слёнске

### Резюме

Неотъемлемым элементом общественного развития является стремление государств уменьшить разницу в состоянии здоровья между лицами из различных социальных кругов. Хорошее состояние здоровья общества считается одним из главных условий размеренного развития, а кроме того, мерой внутренней гармонии и социального равновесия. Состояние здоровья рассматривается также сквозь призму основного права и ценности, особо отстаиваемой отдельными членами социума, так как, среди прочего, оно отражается на распределении общественных ролей.

До сих пор состояние здоровья населения Польши гораздо хуже по сравнению со средним показателем в странах Евросоюза. Это предопределяет действия, целью которых является улучшить здоровье польского общества в степени, уменьшающей дистанцию между Польшей и средним уровнем состояния здоровья в Европейском Союзе. Большим вызовом для государственных властей является нивелирование социального и географического неравенства в состоянии здоровья популяции. Осуществление задач, связанных с улучшением состояния здоровья общества и уменьшением разниц, требует однако наличия результатов эмпирических исследований. С этой точки зрения обоснованным и ценностным является проведение эмпирических и теоретических исследований в области политики здравоохранения, учитывающих экономическое неравенство.

В этой связи в работе поднимается проблематика теоретических аспектов экономической исключённости, а также неравенства в здоровье. Вместе с тем автор на примере постиндустриального пространства стремится показать результаты эмпирических исследований, которые могут послужить лучшей идентификации общественно-экономических причин неравенства в здоровье.

Работа, таким образом, способствует углублённому анализу неравенства в отношении здоровья, которое наблюдается среди лиц, исключённых из общества в экономическом плане и проживающих на постиндустриальной территории, какой, несомненно, является город Семяновице-Слёнске. Социальные проблемы, выступающие в этой местности, можно считать конгломератом проблем постпромышленного пространства – на рубеже XX и XXI веков здесь были закрыты шахта и металлургический завод, где работало большинство жителей города. Последствием этих решений стали почти 30-процентная безработица и очередные общественные проблемы, в частности, нищета и социально-экономическая эксклюзия.

Монография состоит из 4 глав. В первой из них автор размышляет о значении понятия пространства в общественных науках, обращая особое внимание на постиндустриальное пространство и о его соотношения с социально-экономической эксклюзией. Во второй главе анализируются социально-демографические проблемы, которые наблюдаются в Семяновице-Слёнске. Третья глава посвящена теоретическим основам организации и проведения исследовательского процесса. В последней главе представлены результаты эмпирических исследований, которые выясняют обусловленность состояния здоровья, а также социально-экономическое неравенство в здоровье среди эксклюзированных жителей Семяновице-Слёнске. Кроме того, в книге поднимается проблема пользования услугами в области здравоохранения. Публикация предназначена лицам, заинтересованным проблематикой политики в области здравоохранения и вопросами экономической эксклюзии, лицам из политической сферы на руководящих постах, в том числе представителям муниципального управления и внеправительственных организаций.

Redakcja  
OLGA SZELC

Redakcja techniczna  
MAŁGORZATA PLEŚNIAR

Projekt okładki  
TOMASZ TOMCZUK

Korekta  
MARZENA MARCZYK

Łamanie  
ALICJA ZAŁĘCKA

Copyright © 2019 by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

**ISSN 0208-6336**  
**ISBN 978-83-226-3673-2**  
(wersja drukowana)  
**ISBN 978-83-226-3674-9**  
(wersja elektroniczna)

Wydawca  
**Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**  
**ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice**  
[www.wydawnictwo.us.edu.pl](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)  
e-mail: [wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

Wydanie I. Ark. druk. 12,0. Ark. wyd. 12,5.  
Papier offset. kl. III 90 g  
Cena 44,90 zł (w tym VAT)

---

Volumina.pl Daniel Krzanowski  
ul. Księcia Witolda 7-9, 71-063 Szczecin





ISSN 0208-6336

Cena 44,90 zł (w tym VAT)

ISBN 978-83-226-3673-2



9

Więcej o książce

